



Instituto de Ciências Humanas - IH

Departamento de Serviço Social – SER

Trabalho de Conclusão de Curso

LUCIANA BRAZ DE LIMA

**O PAPEL DOS ASSISTENTES SOCIAIS NAS EQUIPES INTERDISCIPLINARES
DO PROGRAMA CONTROLE DO TABAGISMO DA SECRETARIA DE ESTADO
DE SAÚDE DO DISTRITO FEDERAL**

Brasília, 2015

LUCIANA BRAZ DE LIMA

**O PAPEL DOS ASSISTENTES SOCIAIS NAS EQUIPES INTERDISCIPLINARES
DO PROGRAMA CONTROLE DO TABAGISMO DA SECRETARIA DE ESTADO
DE SAÚDE DO DISTRITO FEDERAL**

**Trabalho de Conclusão de Curso
apresentado ao Departamento de Serviço
Social da Universidade de Brasília, como
requisito parcial para a obtenção do título
de bacharel em Serviço Social. Orientadora:
Prof.^a Dr.^a Livia Barbosa.**

BRASÍLIA, 2015

LUCIANA BRAZ DE LIMA

**O PAPEL DOS ASSISTENTES SOCIAIS NAS EQUIPES INTERDISCIPLINARES
DO PROGRAMA CONTROLE DO TABAGISMO DA SECRETARIA DE ESTADO
DE SAÚDE DO DISTRITO FEDERAL**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Departamento de Serviço Social da Universidade de Brasília, como requisito parcial para a obtenção do título de bacharel em Serviço Social. Orientadora: Prof.^a Dr.^a Livia Barbosa.

BANCA EXAMINADORA

Prof.^a Dr.^a Livia Barbosa

Departamento de Serviço Social da Universidade de Brasília – SER/IH/UnB

Prof.^a Dr.^a Andréia de Oliveira

Departamento de Serviço Social da Universidade de Brasília – SER/IH/UnB

Prof.^a M.^a Jamila Zgiet

Departamento de Serviço Social da Universidade de Brasília – SER/IH/UnB

BRASÍLIA – DF

17 de agosto de 2015

Dedico a minha amada mãe *Marleide* que com seu amor incondicional me faz seguir em frente.

AGRADECIMENTOS

À minha família pelo apoio ao longo de minha jornada acadêmica. Pelas diversas demonstrações de carinho e compreensão durante a concretização deste trabalho.

Aos meus avôs Eunice (*in memoriam*) e Antônio pelo amor e ensinamentos destinados a mim durante toda uma vida e aos quais sou imensamente grata. Especialmente a meu pai e avô Antônio pelo apoio incondicional e prontidão.

À minha mãe por sua compreensão, amor, carinho e apoio durante todo o processo de desenvolvimento deste trabalho de conclusão de curso. Pelo exemplo de mulher guerreira e persistente ao qual tento me espelhar.

Às minhas queridas amigas Amanda, Elisângela, Gesiele, Marizania e Naira que me acompanharam por toda vida universitária e para além dela. A Marizania, especialmente, sem a qual este trabalho jamais seria concluído.

À Prof.^a Dr.^a Livia Barbosa por seu papel fundamental na construção deste trabalho. À Prof.^a Dr.^a Andréia de Oliveira e à Prof.^a Jamila Zgiet por aceitarem o convite em compor a banca examinadora.

À todas as assistentes sociais entrevistadas que foram parte integrante deste trabalho de conclusão de curso. E à minha supervisora de estágio Francimery Bastos com quem tive o primeiro contato com o Programa de Controle do Tabagismo.

RESUMO

Este Trabalho de Conclusão de Curso consiste em apresentar o perfil do exercício profissional das assistentes sociais dos Programas de Controle do Tabagismo da Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal. Aspectos como a relação interdisciplinar, limitação quanto aos recursos, bem como a caracterização da prática profissional do Serviço Social nestes espaços foram traçadas no escopo deste trabalho. Para a realização de deste Trabalho de Conclusão de Curso foram levantados pontos de concordância e particularidades do exercício profissional das assistentes sociais entrevistadas. Concluiu-se que as assistentes sociais possuem um papel fundamental dentro dos programas, mas que é marcado por uma deterioração do Serviço Social, em detrimento da organização e gestão, por parte destas profissionais, diante do programa como um todo. Portanto, estas profissionais são de extrema importância para a efetivação dos Programas de Controle de Tabagismo no âmbito da Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal – SES/DF.

Palavras-Chave: Serviço Social, Prática Profissional na Saúde, Programa Controle do Tabagismo.

ABSTRACT

This final project is to present the profile of professional practice of social workers of tobacco control programs of the State Secretariat of health of the Federal District. Aspects such as the interdisciplinary relationship, limitation as far as resources, as well as the characterization of the professional practice of Social Service in these spaces were drawn in the scope of this work. To carry out this final project were raised points of agreement and details of professional practice of social workers interviewed. It was concluded that the social workers have a key role within the programs, but that is marked by a deterioration of Social services, at the expense of organization and management on the part of these professionals, on the program as a whole. Therefore, these professionals are of the utmost importance to the implementation of the Tobacco Control Programs within the State Department of Health of the Federal District – SDH/FD.

Keywords: Social Service, professional practice in health, tobacco control Program.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ABIFUMO – Associação Brasileira da Indústria do Fumo

AFUBRA – Associação dos Fumicultores do Brasil

AMS – Assembleia Nacional de Saúde

BAT – British American Tobacco

CAP's – Caixa de Aposentadorias e Pensões

CBAS – Conferência Nacional de Saúde

CEBES – Centro Brasileiro de Estudos de Saúde

CNCT – Comissão Nacional de Combate ao Tabagismo

CONICQ – Comissão Nacional de Implementação da Convenção-Quadro

CQCT – Convenção-Quadro de Controle do Tabagismo

IAP's – Institutos de Aposentadoria e Pensões

INCA – Instituto Nacional do Câncer

INPS – Instituto Nacional de Previdência Social

OMS – Organização Mundial da Saúde

PNCT – Programa Nacional de Controle do Tabagismo

SUS – Sistema Único de Saúde

Sumário

<u>INTRODUÇÃO</u>	11
<u>CAPÍTULO 1: Serviço Social e a Saúde</u>	18
<u>1.1. Breve relato da trajetória do Serviço Social Brasileiro</u>	18
<u>1.1.1. Desafios profissionais dos assistentes sociais.</u>	21
<u>1.2. O Serviço Social na Área da Saúde</u>	23
<u>1.2.1. Desafios dos assistentes sociais na área da saúde</u>	28
<u>CAPÍTULO 2: O Tabagismo no Brasil: Convenção-Quadro para o Controle do Tabaco e o Programa Nacional de Controle do Tabagismo</u>	33
<u>2.1. O Combate ao Tabagismo no Brasil</u>	33
<u>2.2. A implementação da Convenção-Quadro para o Controle do Tabaco e o Programa Nacional de Controle do Tabagismo.</u>	37
<u>2.2.1. Convenção-Quadro para o Controle do Tabaco (CQCT)</u>	37
<u>2.2.2. Programa Nacional de Controle do Tabagismo (PNCT)</u>	38
<u>2.2.3. As etapas do Programa de Controle do Tabagismo</u>	41
<u>2.3. A Indústria do Tabaco</u>	42
<u>CAPÍTULO 3: O exercício profissional das assistentes sociais no Programa Controle do Tabagismo da Secretaria de Saúde do Distrito Federal.</u>	47
<u>3.1. Serviço Social nas equipes interdisciplinares</u>	47
<u>3.2. Principais dificuldades identificadas pelas assistentes sociais em seus locais de trabalho.</u>	54
<u>3.3. O cotidiano do exercício profissional das assistentes no Programa Controle do Tabagismo da Secretaria de Saúde do Distrito Federal</u>	58

<u>CONSIDERAÇÕES FINAIS</u>	70
<u>REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS</u>	72
<u>APÊNDICES</u>	81
<u>ANEXOS</u>	83

INTRODUÇÃO

Buscou-se por meio deste Trabalho de Conclusão de Curso identificar como se estrutura a intervenção dos assistentes sociais nos Programas de Controle do Tabagismo na Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal, programa que tem por foco a prevenção e controle do tabagismo e prevê ações principalmente de cunho educativo e de cessação quanto ao uso do tabaco.

A saúde tem por matriz histórica a prática médica e hospitalocêntrica como formas de abordagem, ou seja, questões de vínculos patológicos eram as únicas para se entender a relação entre saúde e doença. A doença era o princípio que regia o campo da saúde, assim caso estivesse presente, o sujeito necessitava de cuidados médicos, sendo este profissional soberano. Por se tratar de uma visão patológica não se consideravam o todo que compunha os sujeitos e suas comunidades.

As dimensões científicas e de pesquisas eram voltadas para o entendimento da doença em um patamar individual, que culpabilizava o paciente por sua condição de saúde, não tendo um movimento dos profissionais que lidavam com estas pessoas de realizar quaisquer mediações entre o sujeito e seu meio social e familiar, ou entre saúde e sociedade. Paim (2007) afirma que um novo paradigma se constrói a partir de 1970 no cenário mundial na década de 1980, onde há um incremento desse debate no Brasil, que tinham por finalidade repensar conceitos de saúde junto ao olhar de outros profissionais que não o médico.

A partir do Movimento de Reforma Sanitária, principalmente da 8ª Conferência Nacional da Saúde de 1986, o entendimento da relação entre saúde-doença foi ganhando novos espaços. É nesse sentido que, de acordo Laurell (1982) a doença tem caráter histórico e social. Para esta autora a melhor forma de comprovar empiricamente o caráter histórico da doença não é pelo estudo de suas características nos indivíduos, mas ultrapassando a individualidade e analisando em um sua contexto de totalidade. Neste sentido, a Política Nacional de Promoção da Saúde de 2006, estabelece que:

A saúde é resultado dos modos de organização da produção, do trabalho e da sociedade em determinado contexto histórico e o aparato biomédico não consegue modificar as condicionalidades nem determinantes mais amplos desse processo, operando um modelo de atenção e cuidado marcado, na maior parte das vezes, pela centralidade dos sintomas. (BRASIL, 2006, p.13)

Com a consolidação de um debate crítico sobre a saúde, surgem as repercussões legais e concretas desta luta. O Sistema Único de Saúde - SUS criado a partir da Constituição Federal de 1988 em seus artigos 196º a 200º tem por objetivo “tornar o sistema de saúde pública brasileira pautada nos princípios de equidade e universalidade tornando assim a saúde um direito de todos e um dever do Estado” (Brasil, 2002). Sua abrangência vai desde a atenção primária perpassando pela atenção secundária até atendimentos considerados de alta complexidade de maneira gratuita.

As garantias constitucionais alcançadas pelo movimento sanitário nos anos de 1980, a Lei nº 8.080 de 1990, por exemplo, vem como normativa e legislação específica para a implementação do SUS. Outro grande avanço trazido por esta política foi o espaço dado para uma maior participação da população na gestão de recursos da saúde por meio da Lei nº 8.142 de 1990. Tal participação se dá principalmente por meio de mecanismos de controle social, que está presente nos mais diversos espaços e são representadas pelo Conselho Nacional de Saúde – CNS, Conselho Nacional das Secretarias de Saúde – Conass, Conselho Nacional das Secretarias Municipais de Saúde – Conasems e outros.

O enfretamento a visão patológica que se tinha sobre a saúde desmistifica conceitos deste campo propiciando estudos e iniciativas, que buscam abordar a saúde não só no ponto de vista da doença, mas sim em todas as suas nuances, como o saneamento básico, as questões socioeconômicas, psicológicas, ou seja, tudo que influencia na saúde do indivíduo.

Outro avanço quanto à transparência dos serviços prestados e principalmente à questão do planejamento de ações para a melhoria dos serviços públicos de saúde é a Política Nacional de Promoção da Saúde. Este documento elaborado pelo Ministério da Saúde em 2006 traz ações e iniciativas que corroboram com este novo

cenário da saúde, mas amplo e não apenas com foco na doença, que engloba também os determinantes sociais, estes entendidos:

Para a Comissão Nacional sobre os Determinantes Sociais da Saúde (CNDSS), os DSS são os fatores sociais, econômicos, culturais, étnicos/raciais, psicológicos e comportamentais que influenciam a ocorrência de problemas de saúde e seus fatores de risco na população. (BUSS; FILHO, 2007, p.78)

Além destas ações, outras prerrogativas e questões que estão contidas neste documento são fundamentais para o enfrentamento da saúde. O Pacto em Defesa da Vida, Brasil (2006), um dos três eixos que compõem a Agenda de Compromisso pela Saúde, que possui em sua construção todos os aspectos e parâmetros necessários para que haja uma qualidade de vida, entre eles o combate ao tabagismo.

Os avanços alcançados na área da saúde foram obtidos por meio de lutas dos profissionais da saúde e demais setores da sociedade civil formando assim o Movimento da Reforma Sanitária na década de 1980. Este movimento buscou trazer a saúde na perspectiva de dever público estatal, sob um preceito de universalidade e de sua consolidação como uma política efetiva. Entretanto os assistentes sociais atuantes não fizeram parte deste movimento por estar diante de mudanças estruturais como categoria.

Segundo Bravo e Matos (2004), o Serviço Social surge no Brasil em meados dos anos 1930 e 1940 com um viés moralizador e que ia de acordo com uma lógica clientelista e de filantropia. Na área da saúde, os profissionais tinham maior representatividade dentro dos hospitais e ambulatórios, sendo que sua inserção nos Centros de Saúde, em contraponto as outras áreas do campo, vieram bem mais tarde, na década de 1970, ainda sob uma perspectiva médico-hegemônica e hospitalocêntrica.

O Serviço Social surge de maneira tardia no Movimento de Reforma Sanitária. Isto se deu, pois o Serviço Social na década de 1980 estava focado em uma reformulação de sua própria categoria, esta anteriormente voltada para um viés conservador, naquele momento buscava romper com esta lógica. Apesar desta realidade iminente, a inserção da categoria profissional na saúde, a partir de 1990, já

tem sua atuação voltada a uma perspectiva crítica da saúde e com uma base técnico-metodológica sustentada em preceitos marxianos.

Os anos de 1990 foram marcados por um modelo neoliberal regido pela terceirização, desresponsabilização e flexibilização de medidas estatais trazidas pelo governo Fernando Henrique Cardoso no cenário nacional, além de retrocesso de direitos sociais para todos os campos de disputas societárias. Diante deste cenário, o Serviço Social se pôs em luta contra a corrente hegemônica da época, onde a privatização teve um caráter central perante as políticas de saúde. Por consequência dessas medidas, os assistentes sociais tinham como problemáticas em seu cotidiano profissional questões como: “o caráter focalizado para atender as populações vulneráveis, a descentralização dos serviços e o questionamento da universalidade do acesso” (BRAVO; MATOS 2004, p. 10). Ou seja, se pensava o profissional como “remediador” de mazelas causadas por ações do próprio Estado, formando assim um movimento cíclico.

A inserção dos assistentes sociais na área da saúde ganha respaldo legal a partir da Resolução nº 218 de setembro de 1997 do Conselho Nacional de Saúde que reconhece estes como profissionais da saúde. Após seu reconhecimento era preciso localizar neste espaço, seus objetos de trabalho, que então foram entendidos como sujeito de direitos que se conceituam como:

Integrantes dos diferentes segmentos da classe trabalhadora, que enquanto sujeitos de direito, agem, empreendem ações, intervêm, lutam, reivindicam, exigem, implementam, no sentido de usufruir e/ou desfrutar de alguma coisa coletiva, ligada a um serviço público ou particular, dessa forma podendo pleitear os serviços prestados e exercer sua autonomia na busca de emancipação. (VASCONCELOS, 2004, p. 26)

Assim, para Mioto e Nogueira (2009) as ações profissionais do Serviço Social no âmbito da saúde devem ser pautadas em três aspectos essenciais, o de “necessidades em saúde” que são as demandas e lutas da sociedade, “produção da saúde” sendo “um processo que se articula a partir das transformações econômicas, políticas e sociais, das ações de vigilância à saúde e das práticas de assistência a saúde” (MIOTO; NOGUEIRA, 2009, p.223) e “direito à saúde” que por meio de política públicas vise a efetivação de direitos. Estes três pilares são pontos

transversais para a prática profissional que tem por objetivo os princípios da integralidade, universalidade e participação social tão requerido nos movimentos de defesa da saúde contemporâneos.

Portanto, a cotidianidade no trabalho do Serviço Social na área da saúde, deve se mostrar como uma atuação pautada no princípio da liberdade e voltado as demandas das classes pauperizadas. Dentro de suas ações identifica-se como um dos maiores desafios dos assistentes sociais, em relação da sua prática, atender as demandas institucionais com base no projeto ético-político da profissão¹. Este quadro se agrava quando há uma correlação de forças entre categorias profissionais nos espaços das equipes interdisciplinares, onde cada profissional buscará estabelecer sua área de competência. Cabe, por fim, a este profissional do Serviço Social utilizar de todo seu aparato teórico para consolidar sua prática em qualquer área ou instituição que atue.

O Serviço Social no Centro-Oeste, de acordo com pesquisa realizada em 2005 pelo conjunto CFESS/CRESS, tem como um dos maiores campos de atuação, cerca de 50,88% dos profissionais, instituições estatais e dentro deste destaca-se a área da saúde com 17,65% de assistentes sociais atuantes. A partir da percepção e entendimento de:

Para os assistentes sociais será reservada, prioritariamente, a relação com os segmentos sociais mais vulnerabilizados pelas sequelas da questão social e que buscam, especialmente nas políticas sociais, em seus programas e serviços, respostas às suas necessidades mais imediatas e prementes. (RAICHELLIS, 2009, p. 3)

A prática profissional no interior destes espaços torna-se um objeto de estudo valioso para a construção e localização do trabalho desenvolvido pela categoria, especialmente no Distrito Federal. No caso específico do Programa de Controle do Tabagismo, a atuação dos assistentes sociais se insere em uma equipe multidisciplinar, onde o enfrentamento entre saberes profissionais se faz presente cotidianamente.

¹ De acordo com Netto (1999) o Projeto Ético-Político do Serviço Social se configura como o reconhecimento da liberdade como valor ético central, pautada em um projeto societário que vise sem quaisquer tipos de exploração ou dominação de classe. Para tanto é necessário uma dimensão política voltada a equidade e a justiça, sendo reconhecidamente democrática. Estas prerrogativas são a base para a materialização da atuação do Serviço Social contemporâneo.

Diante deste cenário sócio-político no qual se encontra o Serviço Social, este Trabalho de Conclusão de Curso tem por objetivo conhecer e analisar como o Serviço Social se insere dentro das equipes multidisciplinares do Programa Controle do Tabagismo na Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal – SES/DF. Para tanto buscou-se localizar os espaços institucionais nos quais se inserem os assistentes sociais nos Programa Controle do Tabagismo do Distrito Federal; Identificar quais são as principais dificuldades enfrentadas por estes profissionais e seus locais de trabalho; Explicitar como se dá a relação entre os assistentes sociais e os usuários do Programa; Analisar se há uma interlocução entre o projeto ético-político da profissão com o trabalho desenvolvido por estes profissionais; Identificar entraves quanto o estabelecimento das competências e atribuições dos profissionais de Serviço Social nas equipes multidisciplinares.

Foi realizado um levantamento de profissionais que atuam nos Programas Controle do Tabagismo da Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal – SES/DF no 2º semestre de 2014 no mês de outubro. Realizou-se um contato via telefone com os centros de referencia do PNCT que estão contidos em uma lista que está disponível no site da SES/DF. O único local onde há o funcionamento do Programa, mas não tem vínculo com a secretaria de saúde é o Hospital Universitário de Brasília – HUB.

Os contatos realizados demonstraram que das 74 Unidades apontadas pela Secretaria, aproximadamente, quatro delas não estão em funcionamento. Em alguns casos o Programa está parado temporariamente por falta de recursos como medicamentos e/ou profissionais que possam compor a equipe.

Destes 74 centros de referencia não foi possível realizar esta aproximação, pois a lista e nem o site da SES/DF fornecem o telefone dessas unidades. Nisto se encontram os Programas e Estratégias Saúde da Família, os quais, em sua maioria se encontram em regiões rurais do Distrito Federal. Além da falta de um número de telefone, houve oito casos onde há o telefone, mas não o contato por não atendimento ou por o número fornecido não corresponder a unidade de saúde elencada. De acordo com o levantamento realizado, atualmente, 13 assistentes sociais compõem as equipes do Programa de Controle do Tabagismo, e estas

profissionais estão espalhadas em diversas regiões administrativas, exceto: Ceilândia, Gama, Guará e Santa Maria.

Realizou-se uma pesquisa qualitativa, de dados primários, por meio de um roteiro de entrevista estruturado, com as assistentes sociais locados nas mais diversas unidades da Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal, tendo como foco os profissionais que atuam nos Programas de Controle do Tabagismo.

Como base para o desenvolvimento deste Trabalho de Conclusão de Curso, foram utilizados os preceitos previstos na Resolução nº 466 de 12 de dezembro de 2012 do Conselho Nacional de Saúde - CNS, que discorre sobre a proteção destinada aos participantes de pesquisas realizadas com seres humanos.

Princípios como liberdade, dignidade e autonomia dos participantes desta pesquisa, no caso as assistentes sociais, foram os norteadores para a sua execução dão sempre todo o suporte necessário a estes profissionais no que tange a respostas dos questionários dando os devidos esclarecimentos. Foram requeridos junto as participantes que integrem esta pesquisa um termo de consentimento livre e esclarecido e aceite institucional seguindo as premissas da Resolução.

Neste Termo de Consentimento Livre e Esclarecido esteve de maneira acessível informações sobre a pesquisa e sua importância para o trabalho que qual exerce, bem como os riscos possíveis e prováveis a sua participação. Este termo foi elaborado em duas vias rubricadas por página, contendo a assinatura da participante ou seu representante e do pesquisador. Todo este procedimento foi submetido a um conselho regulador de pesquisa. O projeto foi aprovado pelo Conselho de Ética em Pesquisa do Instituto de Ciências Humanas da Universidade de Brasília (CEP/IH). Sua inscrição está sob o número do CAAE 20693213.6.0000.5540.

CAPÍTULO 1: Serviço Social e a Saúde

1.1 Breve relato da trajetória do Serviço Social Brasileiro

De acordo com Iamamoto (1986), no Brasil, o Serviço Social surge a partir de demandas das classes dominantes, principalmente da Igreja Católica, para organização não só de obras de caridades, mas também das Leis Sociais² essas já advindas de demandas e lutas das classes trabalhadoras e parcelas da sociedade civil. Bravo e Matos (2006) apontam que, em seu surgimento, o Serviço Social brasileiro, tinha como base teórica os preceitos e teorias advindos de fontes europeias. Este cenário muda a partir do fim da 2ª Guerra Mundial, mais precisamente em decorrência do Congresso Interamericano ocorrido em Atlantic City (EUA) onde, então, o Serviço Social passou a se referenciar nos estudos norte-americanos.

Desde sua chegada ao Brasil, o Serviço Social passou por diversas transformações que fizeram com que houvesse um fortalecimento do Serviço Social como uma categoria independente de preceitos religiosos e que lutasse por um projeto societário corroborado com as lutas da classe trabalhadora. Mas para chegar a tal patamar a categoria precisou, como qualquer outra, passar por diversos momentos que culminaram em uma perspectiva libertadora de luta pela classe trabalhadora.

Um breve traçado histórico realizado por Silva (2002) relata que no movimento da perspectiva modernizadora³ buscou-se aparatos científicos e técnicos

² Estas leis eram assim denominadas, pois se tratavam das leis trabalhistas regulamentadas no governo de Getúlio Vargas entre 1937-1945.

³ Ocorrido na metade dos anos de 1960 até meados do fim da década seguinte, o movimento da perspectiva modernizadora, de acordo com Netto (2009), foi marcado pelos desdobramentos dos eventos de Araxá (MG) e Teresópolis (RJ) e nos documentos produzidos por eles. Este movimento era de cunho desenvolvimentista e se guiava no princípio da organização e racionalidade para fins de superação dos “problemas econômicos e sociais”, onde os assistentes sociais eram diretamente atuantes. Este movimento é assim chamado o documento de Araxá, pois “vai na direção do ‘rompimento’, entendido aí como a ruptura com a *exclusividade* do tradicionalismo; realmente, *não há rompimento*: há a captura do ‘tradicional’ sobre novas bases” (NETTO, 2009, p.168). Enquanto o de

para uma maior aproximação do Serviço Social com outras áreas do conhecimento. Esta interdisciplinaridade não significou de fato uma concordância do Serviço Social para com o sistema capitalista no qual estas áreas se baseavam. Ainda se tinha uma espécie de adequação ao sistema hegemônico estatal para que houvesse um maior reconhecimento do Serviço Social como ciência e área de atuação profissional. Posteriormente a perspectiva modernizadora, houve o movimento de reatualização do conservadorismo⁴ que teve como matriz teórica a fenomenologia, uma área que possuía três pilares construtivos: diálogo, pessoa e transformação social. Esta teoria foi extremamente criticada, pois retoma e reproduz toda a máxima de culpabilização do indivíduo e demais vertentes do pensamento conservador,

Nasce nos anos de 1970 os questionamentos de qual seria o real papel do Serviço Social nas disputas de classe. Como resposta ocorre a primeira tentativa de ruptura com a hegemonia conservadora por meio do Método BH⁵. Esta manifestação se realiza em um âmbito ainda acadêmico, sendo distantes dos profissionais presentes nas mais diversas instituições.

Nos anos de 1980 a defesa da classe trabalhadora e a quebra de qualquer relação com o tradicionalismo tornam-se premissas do Serviço Social, prevalecentes até os dias atuais. Este acontecimento histórico tem como marco, em 1979, o 3º Congresso Brasileiro de Assistentes Sociais. Mesmo com posição decisiva e com uma maior clareza do que seria o papel dos assistentes sociais, mostrou-se que isto não se refletiu de maneira majoritária dentro da categoria profissional, pois ainda houve resistência e não incorporação deste então novo movimento por uma parte dos profissionais de Serviço Social. Por tudo que foi exposto Silva (2002) afirma que não se pode dizer que exista total apropriação do projeto profissional pelos assistentes sociais em campo de trabalho. A ocorrência deste fenômeno se dá, pois

Teresópolis dá uma continuidade onde “a perspectiva modernizadora se afirma não apenas como concepção profissional geral, mas sobretudo como *pauta interventiva*” (NETTO, 2009, p.178).

⁴ Advindo dos seminários de Sumaré e do Alto de Boa Vista, datadas do final da década de 1970 e metade da década de 1980, teve como representante as ideias trazidos por Anna Augusta de Almeida. Netto (2009) coloca que este movimento se afinou em resquícios do conservadorismo não superados pela perspectiva modernizadora, além de ter como principal objetivo criar uma *elaboração teórica* própria à prática dos assistentes sociais. Em suma, este movimento se distancia, e recusa o positivismo antes empregado e passa a ver o método fenomenológico como a melhor corrente para o Serviço Social.

⁵ Realizado na década de 1970 na Escola de Serviço Social da Universidade de Minas Gerais, este foi um dos primeiros estudos sobre a construção de um projeto profissional que perpassasse por perspectivas metodológicas, teóricas e de distância e renúncia ao conservadorismo.

havia um mau entendimento do pluralismo dentro da prática profissional o que pode culminar em um exercício profissional que perpassasse por questões ideológicas próprias e pessoais dos assistentes sociais.

Para Netto (1996) dizer que na década de 1980 houve um movimento concreto de ruptura com o conservadorismo não significa que se retirou o conservadorismo dos profissionais, apenas que hoje se reconhece a pluralidade e que esta é marcada pela extensa produção teórica com base marxista. Essa base perpassa as dimensões da formação profissional, por isto que o Serviço Social estreita parcerias com outras áreas do conhecimento como a sociologia e a filosofia. As mudanças trouxeram novas demandas ao Serviço Social que geram respostas, em sua maioria, criadas nas academias e por meio de publicações e congressos.

De acordo com Vasconcelos (2009) o Serviço Social, após o movimento de intenção de ruptura buscou exercer uma prática profissional voltada para lutas contra-hegemônicas a favor da classe trabalhadora. Houve também a necessidade de realizar atividades que propiciassem uma formação continuada e que colhessem, na fonte teórica, alternativas. Estas ações são necessárias para que possam atender as necessidades impostas pelas demandas deste profissional que se encontra em campo. A relação entre teoria e prática deve trazer mecanismos que possibilitem um novo olhar para os assistentes sociais sobre as expressões da questão social, contidas no cotidiano profissional.

Segundo Netto (1996) os avanços alcançados com o movimento de intenção de ruptura⁶ da categoria não chegaram aos que mais representam o trabalho prático do Serviço Social que são os profissionais que se encontram em campo. Além de outros determinantes, a ocorrência deste fenômeno se dá, pois não há uma eficácia quanto o compartilhamento de informações que atinjam todos os assistentes sociais. A baixa remuneração e a pouca valorização do profissional, juntamente a precarização dos espaços de trabalho acometem uma desmotivação dos profissionais de Serviço Social.

⁶ Segundo Netto (2009) está foi uma perspectiva renovadora do Serviço Social que teve grande proximidade com as universidades em sua origem. Para o autor esta perspectiva “possuía sempre um eliminável *caráter de oposição* em face da autocracia burguesa, e este tanto a distinguiu das outras correntes profissionais quanto respondeu pela referida trajetória” (NETTO, 2009, p. 248).

As transformações ocorridas nos anos de 1990 com a precarização do mundo do trabalho, principalmente a flexibilização de direitos trabalhistas refletiram diretamente na prática profissional do Serviço Social. Raichellis (2009) aponta que este quadro gerou a necessidade de uma regulação social a fim de realizar ações de combate a problemas não supridos de forma direta e automaticamente pelo Estado, encontrando-se aí então um terreno fértil para a atuação dos assistentes sociais no campo estatal. Com as transformações societárias abre-se uma demanda diferenciada para o Serviço Social, principalmente, após os anos de 1990. Já com uma postura avessa ao conservadorismo, postura essa majoritária a categoria, gera disputas com outras categorias profissionais que só podem ser superadas com um trabalho voltado para a obtenção do conhecimento e técnicas específicas do Serviço Social para delimitar seu campo interventivo e a realidade social na qual está inserido.

A profissão se estabelece juridicamente em 1993 com a Lei nº 8.662, de 7 de junho que “Dispõe sobre a profissão de Assistente Social e dá outras providências” (BRASIL, 1993). É por meio da Resolução nº 273 de 19 de março de 1993 do Conselho Federal de Serviço Social – CFESS, que “Institui o Código de Ética Profissional do/a Assistente Social e dá outras providências” (CFESS, 2011). Esta resolução trouxe parâmetros para a atuação dos assistentes sociais em todo Brasil, bem como sua organização como categoria profissional. Mais tardiamente esta regulamentação foi complementando com a Lei nº 12.317, de 26 de agosto de 2010 que delimita a jornada de trabalho dos assistentes sociais em 30 horas semanais sem a redução do salário.

1.1.1. Desafios profissionais dos assistentes sociais.

Para Netto (2005 *apud* RAICHELLIS, 2009) o assistente social tem como maior conflito em seus espaços de atuação, exercer sua prática a partir do projeto ético-político, pois por ser um profissional assalariado como qualquer outro deve responder as necessidades da instituição onde trabalha. Essas necessidades são, por vezes, de caráter conservador e que prioriza demandas institucionais em detrimento das do usuário. Isto se caracteriza como uma “autonomia relativa”, onde

por o profissional não possuir o controle dos meios de trabalho torna-se inevitável o embate. Logo, gera uma prática contraditória entre o capital e a regulamentação do Estado versus as demandas dos usuários e a corrente teórica-científica na qual se baseia o Serviço Social.

Como forma de elucidar esta dinâmica Raichellis (2009) afirma que não há uma identificação dos assistentes sociais como classe trabalhadora com direitos assegurados. Este pensamento dá margem a precarização/flexibilização do próprio trabalho exercido por este profissional e que vem a ocasionar em um distanciamento para com demais categorias profissionais. Uma resolução para este impasse seria um entendimento pontual por parte dos assistentes sociais de seus processos de trabalho buscando sempre se desvencilhar da institucionalização de sua prática.

Segundo Netto (1996) há uma necessidade na contemporaneidade de se gerar hipóteses futuras com base em questões do presente efetuando-se um salto para o futuro. Este movimento é caracterizado, segundo o autor, como um ato errôneo e covarde, pois demonstra o despreparo e/ou amedrontamento para o enfrentamento de problemas e obstáculos que são encontrados no cotidiano presente. As profissões sofrem transformações junto com a sociedade: estas não podem apenas sofrer a ocorrência de transformações societárias, mas também devem exercer influências e realizar ações perante estas mudanças visando um posicionamento claro a favor da classe trabalhadora.

Este é um movimento um pouco difícil, pois não é correto afirmar que todas essas categorias são homogêneas em seus projetos profissionais. É preciso que haja uma reflexão por meio de mediações das categorias para estas perceberem seu lugar de atuação e sua importante influência na sociedade aonde se inserem.

Almeida (2006) aborda que a discussão da relevância da sistematização da prática dos assistentes sociais perpassa pela errônea dicotomia entre o Serviço Social dito teórico ou acadêmico e aquele que seria observado em campo de intervenção. A obrigatoriedade dos trabalhos de conclusão de curso também se mostram significativos para este debate, pois pela necessidade de se conhecer como se expressa a profissão na prática cotidiana uma “investigação” didática é extremamente benéfica aos assistentes sociais em formação. Assim o autor entende sistematização da prática como:

Uma estratégia que lhe (assistente social) recobra sua dimensão intelectual, posto que põe em marcha uma reflexão teórica, ou seja, revitaliza e atualiza o estatuto teórico da profissão, condição social e institucionalmente reconhecida para a formação de quadros nesta profissão (ALMEIDA, 2006, pg.403)

Com a intensificação do trabalho é notório como os assistentes sociais passam a exercer funções e atribuições que se encontram fora de sua real capacitação teórica e técnica, o que pode vir a tirar estes profissionais do convívio direto com o usuário por meio de desvio de função.

1.2. O Serviço Social na Área da Saúde

Vieira (1985) coloca que os primeiros registros de assistentes sociais na área da saúde são ainda em meados de 1900 onde duas experiências, uma nos Estados Unidos e a outra na França apontava a realização de atividades voltadas não só ao auxílio de pacientes, mas em seus tratamentos e suporte a suas famílias. Nas décadas de 1920 e 1930, o Serviço Social era considerado uma área voltada para práticas de ação social que eram baseadas na solidariedade, nos avanços quanto às ciências sociais e as demandas surgidas com a industrialização nas grandes metrópoles.

A grande expressão deste momento de tentativa de universalização da saúde no Brasil foi a criação das Caixas de Aposentadoria e Pensões (CAP's)⁷ em 1923, que era financiada pelos empregadores, empregados e pelo Estado. Estas caixas são o prelúdio do que viria a ser a Seguridade Social, pois abarcavam necessidade de pagamento proporcional, auxílios, como o auxílio-funeral e despesas de caráter médico e farmacológico.

A partir da década de 1930 é que uma Política de Saúde é de fato programada e instaurada. Isto se deu por conta das lutas dos trabalhadores urbanos

⁷ Lobato e Giovanella (2014) explicitam que as Caixas de Aposentadorias e Pensões (CAP's) eram "entidades autônomas semipúblicas" que se restringiam a três categorias profissionais, os ferroviários, portuários e marítimos. Seus recursos cobriam despesas com aposentadorias por morte ou invalidez, bem como tempo de serviço ou dependente por morte do trabalhador. Em alguns poucos casos prestavam assistência médica.

que exerciam suas atividades em situações extremas de insalubridade entre outros fatores degradantes à condição humana. Para Bravo (2006), estas iniciativas acabaram em uma política de saúde pública que pregava a prevenção por meio de campanhas sanitárias e para a saúde do trabalhador industrial no ambiente das empresas. As Instituto de Aposentadoria e Pensões (IAP's)⁸ surge então na figura da medicina previdenciária, sendo que, a partir desta foi ordenada um limite orçamentário para gastos com a questões relacionadas a saúde do trabalhador.

Matos (2009) aponta que ainda na década de 1940 existia o que autor chama de “Serviço Social Médico”. Esta nomenclatura era utilizada para expressar o modo como o Serviço Social era postado no âmbito da saúde. Assim como os demais profissionais os assistentes sociais eram tidos como trabalhadores que tinham a função de complementar a ação dos médicos. A figura do médico e suas especificações eram centrais e absolutas em detrimento das demais categorias de saúde, não tendo espaço de atuação plena para o Serviço Social. Matos (2009) afirma que:

A priori podemos observar que há uma rígida estrutura da materialização do exercício profissional nos serviços de saúde, uma alta prevalência de atendimentos individuais e que estes, em geral, se constituem em uma ação única, já que é imprevisível saber se o assistente social terá outro contato com o usuário. (MATOS, 2009, pg. 56)

Bravo e Matos colocam que os assistentes sociais surgem no âmbito hospitalar em meados de 1948 como mediadores entre os usuários, requerentes e beneficiários dos serviços de saúde. Para realização de suas atividades interventivas os profissionais utilizavam-se de encaminhamentos, orientações sobre benefícios, entre outros. Este fenômeno era presente por se tratar de uma política de modelo previdenciário de caráter excludente e seletivo. Por consequente, ficava a cargo do profissional mediar a relação institucional com o usuário a fim de viabilizar o atendimento. Outra característica da prática profissional da época era sua função

⁸ Os Institutos de Aposentadorias e Pensões (IAP's) “foram criados no Brasil na década de 1930 para a prestação de benefícios previdenciários e assistência médica. Os IAP's foram integrados em 1966, em um único instituto, o então Instituto Nacional de Previdência Social (INPS) (LOBATO ; GIOVANELLA, 2014, p. 93). Uma das questões observadas era de que as categorias profissionais que apresentavam maior representatividade possuíam maiores recursos podendo oferecer melhores serviços. Por se tratar de uma ação que era ligada a uma categoria profissional regulamentada, a maioria da população, que não tinha vínculo laboral, não possuía esse benefício.

educativa voltada a hábitos de higiene e saúde, intervindo em questões pessoais da vida cotidiana do “cliente”.

Bravo (2006) pontua que os acontecimentos ligados a saúde que ocorreram entre 1950 a 1963 foram marcados pela tentativa dos movimentos médicos de cunho capitalista de tornarem a privatização de serviços de saúde o principal setor de enfrentamento da saúde. Estes se baseavam no pouco retorno que havia sido observado e sentido com a criação dos IAP's que trouxeram um alívio para as medidas sanitárias, mas não responderem de maneira eficiente às questões que envolviam a saúde e a doença da população. Apesar do esforço da categoria médica o modelo até então prevalente era o dos IAP's que, mesmo com seus déficits ainda se mostrava a melhor solução.

Durante o Regime Militar, instaurados no Brasil em 1964, os IAP's foram unificados e transformados em um único órgão, o Instituto Nacional de Previdência Social (INPS). De acordo com Bravo (2006), esta iniciativa do governo militar veio com a intencionalidade de afastar cada vez mais a sociedade civil da gestão da previdência e de ter total controle sobre as ações que ocorriam nos IAP's passando para os trabalhadores apenas a alcunha de financiadores do INPS. Esse movimento resultou em uma precarização da saúde pública em detrimento da medicina previdenciária, onde o governo optou por privilegiar laboratórios farmacêuticos e empresas de produtos hospitalares dando espaço para uma crescente mercantilização dos serviços de saúde.

Já nos anos 1980, após o fim da ditadura militar, o cenário no qual a saúde se encontrava possibilitou a eclosão de lutas sociais pautadas na universalização do direito a saúde com base em princípios democráticos tendo como maior representante o Centros Brasileiros de Estudos de Saúde (CEBES). O Movimento de Reforma Sanitária do qual não somente o CEBES fazia parte, mas também diversas categorias profissionais da saúde, tinha por finalidade a criação de um modelo de Sistema Unificado de Saúde, sendo este público e de dever do Estado, entre outras reivindicações.

O marco catalizador do movimento da Reforma Sanitária foi a 8ª Conferência Nacional de Saúde (CBAS) que reuniu diversos setores da sociedade para debater e construir um mecanismo para uma reforma sanitária baseado na saúde como um

direito. Desta conferência saíram resultados que foram decisivos em 1988 na Assembleia Constituinte que previu em seu texto constitucional, mas precisamente em seu artigo nº 196 a 200, a saúde como direito de todos e um dever do Estado, possibilitando a criação posterior do Sistema Único de Saúde (SUS). Os pilares da Reforma Sanitária eram a “democratização do acesso, a universalidade das ações e a descentralização com controle social” (BRAVO; MATOS, 2006, p. 203) sendo controle social entendido como a participação da sociedade civil em todo o trajeto de construção à avaliação e análise de políticas públicas.

De acordo com Bravo e Matos (2006) por estar em pleno processo do movimento de intenção de ruptura o Serviço Social pouco contribuiu para o movimento de Reforma Sanitária. Assim, nos anos de 1980 os avanços no espaço teórico não avançaram também para o campo da intervenção e por consequência não acompanharam o rompimento da área da saúde com práticas conservadoras como as demais categorias profissionais. Já nos anos de 1990, com a forte inquisição de medidas neoliberais, o Serviço Social e o campo da saúde, conjuntamente, começaram travar disputas societárias contra medidas conservadoras. Enquanto a saúde lutava de frente a um regime privatizador e de precarização de serviços, os assistentes sociais deviam responder a duas demandas antagônicas: ao projeto privatizador pautado na lógica da ajuda e em ações fiscalizatórias e ao projeto da reforma sanitária com sua interdisciplinaridade e atendimento humanizado, abordagem esta que ia de encontro às perspectivas do Serviço Social recém-reconstruído.

Mesmo após a construção de todo este arcabouço teórico e político o SUS somente foi de fato implantado a partir dos anos 1990 com a Norma Operacional Básica nº96 de 1996 e da Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990 que “Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências” (BRASIL, 1990). Estas ações permitiram que não houvesse um entendimento de saúde pública como uma moeda de troca para os governos que assumissem o poder dali em diante.

O modelo contemporâneo da saúde que possui a integralidade como princípio fundamental, tornou a saúde um espaço rico para a atuação dos assistentes sociais.

Estes princípios permitiram uma maior abrangência tanto no campo da saúde quanto a temas ligados a situação socioeconômica dos indivíduos que usufruíam de seus serviços, além de questões que refletiam diretamente nos bons e/ou maus resultados alcançados. Nogueira e Mito (2006) também elucidam a importância do controle social, a partir da participação social e concretizada na forma de Conselhos de Saúde, mostrando-os como um dos pontos de convergência entre o modelo societário galgado pela reforma sanitária e o projeto ético-político do Serviço Social e seu Código de Ética mais recente, datado de 1993.

De acordo com Costa (2006) as políticas de saúde no Brasil tiveram avanços significativos, principalmente no debate quanto à promoção da saúde. Apesar disso, no que tange a prestação de serviços, ainda há uma operacionalização voltada a medicina curativa, isto ocorre, pois houve pouco investimento financeiro, técnico e de recursos humanos na área das ações preventivas.

Na Resolução nº 218 de 6 de março de 1997 o Conselho Nacional de Saúde reconhece o assistente social, dentre outras categorias, como um profissional da área da saúde. A realização desta resolução só pôde ser possível por meio de uma reflexão da conjuntura da implementação do Sistema Único de Saúde – SUS, que culminou no entendimento da importância da multidisciplinaridade para garantir a máxima integralidade dos serviços de saúde. Em complemento surge a Resolução CFESS nº 383, de 29 de março de 1999, que também reconhece o assistente social como profissional de saúde.

Mito e Nogueira (2006) apontam que o momento atual vivido pelo Serviço Social na área da saúde tem como principal característica sua atuação nos espaços onde a interdisciplinaridade é utilizada como um instrumento de trabalho, por entender que os determinantes sociais infligem diretamente na saúde dos indivíduos. Este tipo de prática profissional, utilizada como meio de garantir, por vezes, a integralidade e transversalidade dos serviços pode redirecionar os assistentes sociais a práticas que não condizem com sua especificidade. Isto ocorre devido a diversos motivos, entre eles, a falta de preparo destes profissionais e por lacunas quanto a suas referências teóricas.

Os autores apontam que os assistentes sociais atuantes na área da saúde tem sua prática desenvolvida na dimensão de integralidade. Por seu caráter

específico, o Serviço Social busca juntamente aos demais profissionais da área, organizar uma rede de atendimento onde a interdisciplinaridade e a intersetorialidade são os pilares de sua intervenção. A promoção à saúde alcança diversas vitórias e supera outros obstáculos quanto à discussão do tema saúde e a influência dos determinantes sociais na equação saúde-doença. Apesar disto, a chamada “estilo de vida saudável” por meio de prática de esportes e alimentação adequada vem ganhando espaço cada vez maior e junto a ela uma ideia retrograda de que o indivíduo é responsável por sua doença devido a maus hábitos, voltando a ideia inicial de culpabilização deste sujeito.

1.2.1. Desafios dos assistentes sociais na área da saúde

Entende-se como ação profissional Mioto (2006 *apud* MIOTO; NOGUEIRA, 2006) toda a ação fomentada em práticas condizentes ao projeto ético-político do Serviço Social. É importante que essas ações propiciem a aproximação com os usuários dos serviços prestados, bem como, das comunidades e áreas de abrangência em que os assistentes sociais se inserem como forma de galgar seus objetivos. Outro elemento caracterizador da ação profissional é a forma como são utilizados e elaborados os instrumentos durante o processo interventivo, estes possibilitam organizar, planejar e aperfeiçoar os serviços prestados.

De acordo com Bravo e Matos (2006) o Serviço Social se fez necessário transformando a saúde em uma de suas áreas de atuação mais amplas e ofertadas aos profissionais a partir do entendimento de saúde com uma perspectiva biopsicossocial. O principal fator desta nova abordagem foi a necessidade da criação de equipes multidisciplinares tanto para atendimento quanto para a gestão, implementação e construção de programas. Apesar deste avanço os assistentes sociais assumiram um papel educativo e com intenções normativas, tendo como campo quase que exclusivo de trabalho os espaços dos hospitais.

Nogueira e Mioto colocam que:

No cenário em que se encontram as políticas nacionais de saúde repõem-se e acentuam-se as exigências para o Serviço Social. Retoma-se, aqui, a hipótese de que a ação profissional do assistente

social se inscreve no campo da promoção da saúde, notadamente no eixo de intersectorialidade, tomando como evidência dessa afirmação as atividades e ações que vem desempenhando no sistema nacional de saúde. (NOGUEIRA; MIOTO, 2006, p.238)

Para Matos (2009), a área da saúde se configura, historicamente, como o campo de atuação onde há mais assistentes sociais. Apesar desta conjuntura o Serviço Social apresenta dificuldades de inserção no trabalho coletivo em saúde por falta de domínio sobre seu próprio trabalho. Outro aspecto significativo para a ocorrência desta prerrogativa é a característica do Serviço Social de atuar em várias esferas, jurídica, assistencial entre outros, acarreta em um possível não entendimento de outros profissionais a real competência dos assistentes sociais nas equipes.

Como consequência desta trajetória de conflitos juntamente a não total aderência dos assistentes sociais em suas práticas profissionais ao projeto ético-político, o Serviço Social na saúde, na dinâmica atual, possui resquícios de uma ação de cunha conservador e que prioriza as demandas institucionais. Para Bravo e Matos (2006) isto eclode em uma prática voltada para uma perda do sentido profissional e uma aproximação perigosa ao papel de sanitarista, surgindo uma fragmentação do sentido do Serviço Social como uma unidade, mas sim subdividindo-o em Serviço Social da Saúde, da assistência e outros como se fossem áreas indissociáveis.

Mioto e Nogueira (2006) esboçam como uma preocupação corriqueira tanto quanto ao exercício atual da profissão na área da saúde, quanto aos cursos e atividades de educação permanente voltadas a programas e políticas específicas. As autoras justificam que estes cursos, ao priorizarem apenas uma área de conhecimento, pode delimitar a prática dos assistentes sociais fazendo com que estes não tenham espaço para uma atuação com base no projeto ético-político da profissão.

Assim como em diversas áreas do âmbito estatal, onde há a presença dos profissionais de Serviço Social, os assistentes sociais que trabalham no campo da saúde tem sua articulação profissional nos espaços de participação social. Por seu caráter de libertação do conservadorismo estatal, estes profissionais tendem e

devem buscar, o que os autores colocam como primordial para a atuação profissional, a “promoção da cidadania, da construção e do fortalecimento de redes sociais e de integração entre as ações e serviços” (MIOTO; NOGUEIRA, 2006, p.280).

Costa (2006) discorre que a inserção dos assistentes sociais, tanto no mercado de trabalho da saúde quanto dos processos de trabalho, no âmbito das equipes multiprofissionais da área da saúde perpassa sua ação profissional por sua legitimação como profissão socialmente reconhecida, bem como, o desenvolver da construção histórica do Brasil. CFESS (2010) aponta que seu trabalho em uma equipe multidisciplinar é necessário para que haja um olhar sobre as perspectivas sociais do usuário, movimento este que não é possível por demais categorias profissionais.

Quanto a atuação no âmbito das equipes é primordial que:

O trabalho em equipe merece ser refletido e as atribuições do profissional de Serviço Social precisam ficar especificadas e divulgadas para os demais profissionais, resguardando-se, assim, a interdisciplinaridade como perspectiva de trabalho a ser defendida na saúde. (CFESS, 2010, p. 46)

Matos (2009) coloca que uma das grandes dificuldades enfrentadas pelos assistentes sociais quanto ao seu exercício profissional é que não há, de fato, uma intervenção focalizada ou exclusiva de atuação para cada setor onde o assistente social está inserido. Isto quer dizer que não se pode subdividir a ação profissional destes trabalhadores como “Serviço Social da saúde”, por exemplo. Esta realidade pode fazer com que este profissional e os demais, de outras categorias não entendam o Serviço Social inserido neste campo. Entretanto o autor pontua que existem especificidades quanto ao trabalho dos assistentes sociais que está na área da saúde, sendo de extrema necessidade que este profissional tenha total entendimento da política de saúde e como esta se reflete na vida da comunidade e dos usuários dos serviços.

Para Matos (2009) o Serviço Social na Saúde na atualidade tem como responsabilidade preencher as lacunas deixadas pela ineficiência na implementação do Sistema Único de Saúde - SUS. Por ter seu trabalho vinculado as necessidades

de recursos da esfera federal para sua intervenção, os assistentes sociais são os profissionais da saúde que mais sofrem com a falta de investimentos na área.

Diante do novo cenário de disputas de projetos societários e a dificuldade de implementação do SUS em sua íntegra, o Serviço Social tem um papel determinante diante das políticas públicas ligadas a saúde. Em seu documento, “Parâmetros para a atuação de Assistentes Sociais na Saúde”, CFESS (2010) aborda que:

A nova configuração da política de saúde vai impactar o trabalho do assistente social em diversas dimensões: nas condições de trabalho, na formação profissional, nas influências teóricas, na ampliação da demanda e na relação com os demais profissionais e movimentos sociais. Amplia-se o trabalho precarizado e os profissionais são chamados a amenizar a situação da pobreza absoluta a que a classe trabalhadora é submetida. (CFESS, 2010, pg. 23)

Segundo o documento, um problema observado na realidade cotidiana é o chamado “possibilismo” (CFESS, 2010). Mostra-se que assistentes sociais tendem a abrir mão de determinados ganhos sociais e direitos em detrimento de ganhos outros que são irrisórios diante da luta travada todos os dias por uma efetivação da Reforma Sanitária.

As diretrizes profissionais devem servir como um norte para os assistentes sociais em suas mais variadas áreas de atuação, principalmente no âmbito da saúde, onde o Serviço Social teve uma representatividade tardia na formulação do Sistema Único - SUS e em todo Movimento da Reforma Sanitária. Diante destas dimensões próprias do Serviço Social e de sua historicidade e construção como categoria profissional, a interdisciplinaridade é outro fator recorrente no debate do trabalho dos assistentes sociais na saúde. Entende-se como conceito de interdisciplinaridade:

Uma relação horizontal entre profissionais de formações diferentes partícipes conjuntamente de ações de trabalho que possuam objetivos político-profissionais convergentes, em que cada um desses sujeitos contribua com seus saberes através de relações democráticas, menos rígidas e limitadoras da expressão crítica e criativa entre profissionais. (MOREIRA, 2013, p.121)

Esta relação deve ser pautada pelo respeito de um profissional a formação, conhecimento e competências do outro, assim sendo, cada profissional deve ficar a

cargo de sua especificidade. Para além desta afirmativa é de suma importância que estes profissionais tenham total conhecimento sobre a conjuntura política, histórica e geográfica na qual estão inseridos para que, seja este de instituição privada ou estatal, realize uma prática voltada para suas competências e atribuições privativas e emancipação dos indivíduos.

Um modo de evitar problemas relacionados à hierarquização e atribuição de ações que são competência de um profissional, mas são realizados por outros é o planejamento. Pois:

A escolha da forma de abordagem, dos instrumentos e das técnicas a serem utilizadas vai depender dos objetivos propostos para ação, dos destinatários das ações, e das características das instituições e dos profissionais. Portanto, todo o seu percurso necessita de planejamento e avaliação sistemática. (MIOTO, 2009, p.12)

O planejamento de ações que serão executadas por uma equipe interdisciplinar serve exatamente para que não haja ruptura nem disputas de força dentro deste grupo, pois é imprescindível que estes profissionais atuem de maneira consonante entre suas atribuições para que o trabalho seja realizado de forma mais eficaz possível. Esse bom relacionamento é importante, pois mesmo uma ação sendo planejada intercorrências pode aparecer durante sua execução e para que isso não se transforme em algo irremediável é necessário que todos os profissionais estejam em sintonia para que a melhor decisão a superação deste problema seja tomada.

CAPÍTULO 2: O Tabagismo no Brasil: Convenção-Quadro para o Controle do Tabaco e o Programa Nacional de Controle do Tabagismo

2.1. O Combate ao Tabagismo no Brasil

As primeiras manifestações de tentativa de controle quanto ao uso do tabaco no Brasil seguiram duas vertentes: o campo jurídico e o da saúde. Estes dois campos são complementares já que legitimam as ações um do outro quando o tema é a luta antitabagista. Ambos foram endossados a partir da virada do século XX seguindo os novos preceitos de promoção à saúde e pela decorrente produção científica que se concentrava em apresentar os malefícios do cigarro a saúde dos tabagistas.

Os principais embates quanto à organização das concessões e restrições as indústrias se deram no campo político. Para Spink, Lisboa e Ribeiro (2009) pode-se afirmar que o tabagismo somente é percebido como doença no momento em que os custos da área da saúde com doenças derivadas do uso do cigarro se tornaram devera onerosos.

O tabagismo já é considerado uma patologia pela Organização Mundial da Saúde (OMS).

Por compartilhar com o Conselho Econômico e Social das Nações Unidas o entendimento de que “O tabagismo contribui para o empobrecimento dos indivíduos e de suas famílias porque os consumidores de tabaco têm maiores chances de adoecerem, perderem produtividade e renda”, o Governo do Brasil incluiu na sua agenda de desenvolvimento ações para controle do tabagismo. (INCA, 2008, p. 6)

Entende-se que o tabagismo se mostra como uma indústria extremamente lucrativa e que por sua forte representatividade social, cultural e política apresenta sérias dificuldades quanto ao seu enfrentamento. O Instituto Nacional do Câncer (INCA) (2008) aponta que cerca de 80% dos usuários de cigarros e outros derivados do tabaco estão presentes em países considerados pobres e, em sua maioria sem recursos para lidar com os problemas decorrentes de seu uso. Mas não somente os tabagistas enfrentam o mal causado pelo cigarro. Aqueles que estão a sua volta, os fumantes passivos, apresentam as mesmas mazelas se sua exposição às toxinas for cotidiano.

Segundo Teixeira e Jaques (2011), a chegada do mercado do tabaco no Brasil se deu devido a uma baixa no mercado das indústrias de cigarros norte-americano e europeu, que enfrentavam o crescimento do movimento antitabagista no último quarto do século XX. Para sanar seus problemas financeiros, essas multinacionais enxergaram nos países da América Latina um alvo em potencial por serem países populosos, onde o controle estatal viria a ser mais difícil. Assim, já nos anos 1980 o Brasil se encontraria no auge do consumo de cigarros.

Nesse processo, houve uma abertura de concorrência interna, quando as indústrias brasileiras começaram a produzir cigarros. Mesmo com diversos alertas dos malefícios dessa droga, os incentivos fiscais e as ações de marketing sobre o uso do cigarro favoreceram o crescimento deste setor. Outro evento que corroborou para essa expansão foram as diversas disputas ocorridas no campo da saúde, em que a medicina preventiva decaía pela falta de incentivos para sua efetivação. Esse cenário somente vem a mudar a partir do surgimento do Sistema Único de Saúde – SUS, na década de 1990.

Entre as décadas de 1950 a 1970, algumas ações foram tomadas para se desmotivar e/ou regulamentar o consumo de cigarros no país. Dentre esses, cerca de 90 Projetos de Lei (PL) foram elaborados no Congresso Nacional, mas nenhum deles teve seguimento e acabaram por ser arquivados. Diversos fatores se destacaram para que esse movimento não tivesse êxito, como a falta de investimentos na área da saúde preventiva e o modelo liberalista instaurado na Ditadura Militar, que via o crescimento do mercado do tabaco como positivo para a economia brasileira.

De acordo com Teixeira e Jaques (2011), no ano de 1979, foi realizado em Salvador, na Bahia, pelo Instituto Brasileiro para Investigação do Tórax, um seminário do qual saiu um documento intitulado “Documento de Salvador”, que aponta o uso do cigarro com uma das principais causas de males ao pulmão e que também previa iniciativas para o combate ao tabaco. Após esse seminário, diversos outros encontros, assembleias e afins foram sendo realizados por todo o Brasil no intuito de endossar mais esta discussão para as esferas estatais e de regulação. É apenas em 1986 que uma lei, a Lei Federal nº 7.488/86 que instituiu o dia 29 de agosto como o “Dia Nacional de Combate ao Fumo”, é que os resultados destas

ações começam a surtir algum efeito prático, sendo que esta lei estava em trâmite no Congresso Nacional desde 1981.

Após a Ditadura, o movimento antitabagista ganha força dentro do Ministério da Saúde que, agora contando com dirigentes advindos da sociedade civil, possuíam membros atuantes na luta contra o tabaco. Mesmo com este avanço a falta de aparatos legais foi um problema pontual na implementação de medidas contra o cigarro. Assim, o foco maior passou a serem ações de cunho educativo. Com o advento da Constituição Federal de 1988 (CF 88), o tabaco passou a ter uma restrição legal quanto a sua propaganda. No artigo nº 220, mais precisamente no 4º inciso, a CF 88 sujeita a restrições legais por ser considerada uma substância nociva à saúde humana.

De acordo com Teixeira e Jaques (2011), em 1990, percebeu-se a necessidade de se ter ações que fossem de comum acordo para todos os países em uma tentativa de se combater o crescimento exponencial do uso do tabaco. Com essa intenção foi convocada pelos países-membro das Nações Unidas uma Assembleia Mundial de Saúde (AMS) que previa questões como restrição do acesso de jovens ao tabaco, pesquisas sobre o tema, terapias de reposição de nicotina, restrição quanto à vinculação de propagandas, entre outras.

Ainda na década de 1990, o Instituto Nacional do Câncer (INCA), era um dos principais porta-vozes do movimento antitabagista no Brasil. Uma das medidas de grande importância realizada pelo instituto foi a análise encomendada, em 1995, mas só divulgada em 1996, a uma instituição canadense que apontou que os níveis de produtos tóxicos nos cigarros brasileiros estavam bem acima do permitido. Esse estudo teve como resposta, somente no ano 2000, a Lei nº 10.167, que restringiu as propagandas de cigarro apenas para dentro dos espaços onde eram comercializados, bem como a prática de propaganda indireta.

Em 1999, por meio da Lei Federal nº 9.782, foi criada a Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA), que atualmente é responsável pela fiscalização das questões que envolvem o tabaco. A criação do órgão deu maior liberdade ao Ministério da Saúde e ao INCA, que poderiam se concentrar em outros fatores como campanhas educativas de prevenção ao uso do tabaco. Uma das primeiras medidas

da ANVISA em relação ao tabaco foi a restrição dos níveis de nicotina, alcatrão e monóxido de carbono nos cigarros, bem como a proibição de qualquer aditivo que tenha por objetivo estimular o uso do produto.

De acordo com o Plano de Ações Estratégicas para o Enfrentamento das Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT) no Brasil 2011-2022, realizado pelo Ministério da Saúde em 2011, os principais avanços do movimento antitabagista no Brasil foram as regulamentações de comércio e propaganda, bem como a adesão a Convenção-Quadro para o Controle do Tabaco em 2005. O documento considera o tabagismo como um risco modificável causador de Doenças Crônicas Não Transmissíveis como a diabetes, câncer entre outros. Como sua 9ª Estratégia, O Plano de Ações Estratégicas para o Enfrentamento das Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT) no Brasil 2011-2022, prevê “Avançar na implementação da Convenção-Quadro para o Controle do Tabaco (CQCT) – Decreto nº 5.658/2006” (BRASIL, 2011, p. 112). Entende-se então que:

Dessa forma, toda e qualquer ação dirigida ao controle do tabagismo deve ter um foco muito além da dimensão do indivíduo, buscando abarcar tanto as variáveis sociais, políticas e econômicas que contribuem para que tantas pessoas ainda comecem a fumar quanto os fatores que aqueles que se tornaram dependentes parem de fumar e se mantenham abstinentes. (CAVALCANTE, 2005, p. 3).

Uma das metas nacionais propostas é reduzir a prevalência do uso de tabaco nos adultos, mas não apenas. Há a necessidade de se aumentar imposto com vista a diminuir o consumo de cigarros e a proibição da venda a menores de 18 anos. O documento considera que essa medida preventiva, além de evitar doenças, também irá diminuir custos do Governo Federal com doenças derivadas do uso do tabaco.

Um dos grandes avanços conquistados na atualidade pelo movimento antitabagista foi a Lei Nº 12.546 de 14 de dezembro de 2011, a Lei Antifumo, que visa combater o uso do cigarro proibindo o fumo em todos os locais de uso coletivo, público ou privado em todo território nacional. Esta lei entrou em vigor no final de 2014 e prevê a punição por meio do pagamento de multas e, dependendo dos casos, até o fechamento dos estabelecimentos comerciais.

2.2. A implementação da Convenção-Quadro para o Controle do Tabaco e o Programa Nacional de Controle do Tabagismo.

2.2.1. Convenção-Quadro para o Controle do Tabaco (CQCT)

De acordo com Cavalcante (2005), em 1996 foi organizada a 49ª Assembleia Mundial de Saúde (AMS) onde foi estabelecido o primeiro tratado internacional sobre a questão do cigarro, a Convenção-Quadro para o Controle do Tabaco (CQCT). A CQCT teve em seu corpo de membros 192 países que levaram cerca de cinco anos, de 1999 a 2003, para organizar um documento que fosse de comum interesse, tendo o Brasil como país a presidir o Órgão Negociador Intergovernamental da Convenção (ONI). Sua ratificação ocorreu na 56ª AMS.

O processo de ratificação da CQCT, apesar do cenário favorável, se deu conturbadamente no Senado brasileiro. A forte pressão das indústrias tabagistas, principalmente a empresa Souza Cruz, frente aos parlamentares com o auxílio da Associação de Fumicultores do Brasil, gerou um intenso debate no Congresso com afirmações dos contrários ao CQCT de que estas sanções eclodiriam em um caos econômico. Seus objetivos configuraram-se como:

O tratado prioriza ações que beneficiem as populações mais vulneráveis, que considerem aspectos específicos de gênero na elaboração da política de controle do tabaco e incluam a sociedade civil em sua execução. Ao ratificar a CQCT, os governos se comprometem a inserir as orientações do tratado na política de desenvolvimento do país, com mecanismos de coordenação nacional de caráter multissetorial e financiamento adequado. Além disso, devem cooperar com outros países e organizações internacionais para o alcance dos objetivos. (INCA, 2011, p.14).

A partir do decreto nº 3.136/1999, criou-se a Comissão Nacional de Combate ao Tabagismo (CNCT), com o intuito de preparar estudos e pesquisa que dessem ao Brasil subsídios no momento da discussão da Convenção-Quadro de Controle do Tabaco (CQCT). A CNCT era formada por nove Ministérios, sendo o Ministério da Saúde a liderança desta frente. Em 2003, a partir de um decreto a CNCT é extinta e substituída pela Comissão Nacional de Implementação da Convenção-Quadro (CONICQ), esta já de caráter executivo. Atualmente a CONICQ é composta por onze Ministérios, dos quais o Ministério da Saúde permanece na liderança e o Instituto Nacional do Câncer (INCA) passou a ser a Secretaria Executiva desta Comissão.

De acordo com Cavalcante (2005), diversos setores da sociedade tiveram espaço na construção da CQCT desde representantes da economia do tabaco a organizações não governamentais. Essa medida foi uma imposição da OMS, realizada de forma inédita, por entender que as ações ali decididas iriam infligir na vida de todos, fazendo-se mais do que necessário o envolvimento direto.

Foi criado um Código de Práticas para Organizações de Profissionais de Saúde para o Controle do Tabagismo⁹ no intuito de determinar ações que devem ser preconizadas no atendimento para com os tabagistas usuários do programa. São quinze ações, entre elas, destinar recursos para o programa, auxiliar na ratificação da CQCT, cooperar para espaços livre de tabaco, entre outras.

2.2.2. Programa Nacional de Controle do Tabagismo (PNCT)

Em 1989, o Ministério da Saúde lançou o Programa Nacional de Controle do Tabagismo (PNCT), que em 1990 passou a ser de responsabilidade do Instituto Nacional do Câncer (INCA). Anteriormente a Convenção-Quadro para o Controle do Tabaco (CQCT), o PNCT tinha como principais modos de atuação ações de cunho educativo, muito desenvolvido em escolas e por meio de formadores de opinião. A finalidade desses trabalhos era diminuir a aceitação social do cigarro que, até então, era visto como um elemento de status social:

Também estão integradas à Política Nacional para o Controle do Tabaco a Política de Regulação dos Produtos de Tabaco, específica da Anvisa, o Programa Nacional de Diversificação de Produção em Áreas Cultivadas com Tabaco, de responsabilidade do Ministério do Desenvolvimento Agrário, a política de preços e impostos sobre o setor fumo, do Ministério da Fazenda, entre outras. (INCA, 2011, p.16)

O INCA, com o objetivo de diminuir o consumo de cigarros, elabora e promove ações de cunho educativo, tanto no setor público como no privado, como seminários, campanhas e atividades ligadas a deixar ambientes livres do tabaco. Em especial com o Ministério da Saúde, o INCA capacita e ajuda na implementação dos

⁹ Documento assinado e elaborado durante a Reunião Informal da Organização Mundial da Saúde das Organizações do Profissional de Saúde e Controle do tabagismo, em janeiro de 2004, em Genebra na Suíça.

Programas de Controle do Tabagismo, que atua mais especificamente na cessação do tabaco. O INCA, por meio de parcerias com as Secretarias de Saúde dos estados e municípios, capacita os profissionais oferecendo cursos, que são obrigatórios para os profissionais que vão compor a equipe.

O PNCT tem como objetivo geral reduzir a prevalência de fumantes e a consequente morbimortalidade relacionada ao consumo de derivados do tabaco no Brasil, e envolve dois grandes objetivos específicos: reduzir a iniciação do tabagismo, principalmente, entre jovens e aumentar a cessação de fumar entre os que se tornaram dependentes, e proteger todos dos riscos do tabagismo passivo. (CAVALCANTE, 2011, p. 6)

O PNCT é voltado para o enfrentamento dos determinantes sociais que envolvem toda a questão do tabaco no Brasil. Assim visa não somente erradicar as questões de doenças, mas também toda a sua peculiaridade política e socioeconômica. Entre as diversas ações do PNCT, destaca-se a iniciativa de aumento e ampliação do acesso a serviços que tenham por objetivo a cessação do uso do cigarro. Sua base de organização se pauta sobre os princípios de integralidade, descentralização e articulação com os mais diversos setores da sociedade civil. Estas três premissas são alcançadas por meio de parcerias com estados e municípios, articulação com outras esferas do poder público e demais Ministérios, bem como o apoio de categorias profissionais e associações pertencentes ao movimento antitabaco.

Partindo de uma perspectiva de múltiplas vertentes de combate para um maior alcance do PNCT, foi-se utilizado o modelo de descentralização contido no Sistema Único de Saúde (SUS). No espaço do SUS, o PNCT se iniciou a partir da SAS¹⁰ nº 442/04, ambas implementando o Plano de Implantação da Abordagem e Tratamento do Tabagismo no SUS e o Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas – Dependência à Nicotina. Anterior a esta, é lançada a Portaria Ministeriais GM/MS nº 1.035/04 que:

Definiu, como papel do Ministério da Saúde, o repasse dos insumos (materiais educativos e medicamentos) para o atendimento nos municípios que já tenham unidades de saúde preparadas para essa atividade, o que implica em já terem profissionais capacitados para esse tipo de atendimento e uma política de restrição ao fumo nas

¹⁰ Secretaria de Atenção a Saúde

suas dependências. O repasse dos insumos acontece mediante o envio para o Ministério da Saúde, pelas secretarias estaduais de Saúde, de informações sobre o processo de capacitação e sobre estimativas de atendimento para um dado período. Trata-se de um processo em andamento, que busca inserir essa ação de forma organizada e cuidadosa a permitir uma avaliação da sua efetividade e de seu custo-benefício. (CAVALCANTE, 2005, p.8)

As parcerias com as entidades não governamentais também se mostraram bastantes expressivas na implementação do PNCT no SUS por meio de documentos e manifestações de apoio. Em agosto de 2000 uma reunião intitulada Consenso sobre Abordagem e Tratamento do Fumante discutiu este tópico tendo como principais representantes as categorias profissionais vinculadas a área da saúde como o Conselho Nacional de Medicina.

No SUS, o tratamento do tabagismo é feito por meio da abordagem cognitivo-comportamental e apoio medicamentoso, quando indicado. A abordagem cognitivo-comportamental associa intervenções cognitivas com treinamento de habilidades comportamentais, sendo muito utilizada no tratamento das dependências. (SILVA; MARTINS; FARIA; COTTA, 2014, p. 544)

O Programa de Controle do Tabagismo na rede SUS, nas unidades da atenção básica, seguem um método outro no momento de sua adesão. Para que haja a oferta do programa é preciso seguir um cronograma de ações. Primeiramente os gestores municipais que tenham a vontade de implementar o programa em sua localidade devem fazer um pedido por meio do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ)¹¹. O gestor requerente fica responsável por todas as etapas do processo de adesão como, a escolha da equipe, o treinamento dos profissionais, a localização da população assistida, entre outros.

Por se tratar de uma política de Estado e estar no âmbito do SUS, algumas questões são de responsabilidade do Ministério da Saúde (MS) e do INCA. O repasse dos produtos medicamentosos utilizados pelos usuários é de responsabilidade do MS e das secretarias de saúde dos municípios e do Distrito

¹¹ Programa desenvolvido com a finalidade de ampliar e melhorar os serviços realizados no âmbito da atenção básica na rede SUS. Coordena a implementação das equipes multiprofissionais nas Unidades Básicas de Saúde, bem como a inserção demais programas como o Saúde da Família.

Federal, bem como os manuais de condução do programa, por meio da Coordenação Nacional do PNCT/INCA.

De acordo com o INCA, a implementação dos programas de controle do tabagismo no âmbito do SUS deve ser realizado de maneira a articular diversos setores. A iniciativa deve partir dos administradores locais de onde quer se implementar o programa por meio das Secretarias de Saúde. Após isto o INCA/MS irá fornecer a capacitação aos profissionais que irão compor as equipes. O PCNT tem como princípio ser uma política transversal dentro do SUS, assim é interessante que ele passe por todos os seus setores de atendimento como a saúde da mulher, do idoso, e demais programas e iniciativas de atenção à saúde.

2.2.3. As etapas do Programa de Controle do Tabagismo

O Programa Controle do tabagismo é realizado, geralmente, por meio de 4 sessões presenciais guiadas por uma sequência de manuais que tem por função ditar os temas e atividades de cada reunião. Apesar de as sessões serem sequenciais e complementares fica a rigor das equipes que implementam o programa como será realizado o agendamento das sessões.

Na primeira sessão, em seu manual, é sugerido o tema “Entender por que eu fumo e como isso afeta a minha saúde”. No manual entregue ao participante contém um pequeno texto que tem por objetivo analisar o nível de dependência ao cigarro que o usuário do programa possui. Após isto, o livreto ainda explicita quais são os malefícios do cigarro, suas composições químicas e ainda fornece estratégias para auxílio a cessação do cigarro.

Em sua segunda sessão o tema sugerido é “Aprender a lidar com os primeiros dias sem o cigarro”. Neste momento do tratamento serão explanados os sintomas da Síndrome de Abstinência, de acordo como eles se apresentam recitando maneiras para contorná-los, entre elas exercícios musculares e de respiração para diminuir o estresse. O objetivo principal deste momento do

tratamento é buscar a reafirmação e positividade do participante quanto a parar de fumar mesmo diante das adversidades.

A terceira sessão tem por tema “Vencer todos os obstáculos para permanecer sem cigarros”. Esta reunião é focada mais em um aspecto que desestimula os usuários do programa a continuarem com o tratamento: o ganho de peso. O manual então se concentra em mostrar a importância na mudança de hábitos não saudáveis e como a combinação de exercícios físicos e alimentação equilibrada são benéficas para a continuidade do tratamento.

O manual da quarta e última sessão têm como tema “Benefícios obtidos após parar de fumar”. O objetivo neste momento é evidenciar os ganhos que foram alcançados com a cessação do cigarro na vida dos agora ex-fumante. O manual aponta, por se tratar da última sessão, meios de se manter longe do cigarro e como evitar possíveis recaídas, além de uma mensagem motivacional àqueles que não conseguiram parar de fumar.

2.3. A Indústria do Tabaco

De acordo Toscano (2006), o Brasil se encontra em uma contradição: representa o maior mercado exportador de tabaco no mundo e é um dos países mais atuantes na luta contra o tabagismo. A indústria do tabaco é representada, no Brasil, por entidades como Associação Brasileira da Indústria do Fumo (ABIFUMO) e o Sindicato da Indústria do Fumo (SINDIFUMO), sendo a região sul do país a maior produtora da folha.

Outro setor ligado ao tabaco também sofre com a exposição ao tabaco, neste caso as suas folhas. Agricultores e trabalhadores rurais desenvolvem doenças de pele por seu contato direto com a folha do tabaco, que quando não tratados podem evoluir a patologias graves. Por se tratar, muitas vezes, de pessoas pobres e dependentes do trabalho, a economia familiar sofre grande perda. Ou seja, o tabaco desde seu cultivo até seu consumo final, já como produto, está diretamente ligado à

pobreza, falta de cuidados médicos, riscos ao trabalhador rural e diversas outras questões sociais.

O Banco Mundial (BM) e o Fundo Monetário Internacional (FMI) instauraram em seu aporte de financiamentos, a partir dos anos 1990, medidas que dificultam ou até vetam a destinação de recursos a iniciativas de cultivo do tabaco. Essas ações surgem a partir da guinada dos estudos e pesquisas que comprovavam os malefícios do tabagismo. Assim, essas entidades voltaram atrás quanto ao apoio a indústria do tabaco, já que nos anos 1980, o próprio BM incentivava o investimento no cultivo do tabaco por países em desenvolvimento.

Os interesses de empresas como a British American Tobacco (BAT)¹² e a Phillip Morris¹³ são defendidas por meio da representação de lobistas no Congresso Nacional dificultaram que dificultam quanto a elaboração de ações parlamentares e de leis que possibilitem diminuir o consumo do cigarro e seus derivados. De acordo Toscano (2006), as questões que tangem os impostos sobre produtos do tabaco e suas propagandas comerciais são as que originam maiores polemicas no cenário da luta antitabaco. Como forma de frear o crescimento das medidas antifumo a estratégia utilizada são enumerar dados exacerbados e que não são extremamente condizentes com a realidade. As indústrias afirmam que caso essas medidas continuem, todos os postos de trabalho ligados ao tabaco irão fechar deixando incontáveis trabalhadores sem emprego.

Na intenção de adiar a ratificação da Convenção-Quadro no Brasil a Associação dos Fumicultores do Brasil (Afubra) tentou manobras políticas que surtiram em medidas em seu favorecimento. Essas ações resultaram no comprometimento do governo federal com o “Programa de Apoio à Diversificação Produtiva das Áreas Cultivadas com Fumo”, apoiados em quatro eixos fundamentais de financiamento, acesso à tecnologia, agregação de valor à produção local e garantia de comercialização.

¹² Empresa britânica de atuação multinacional. Ela é originada a partir da American Tobacco Company (ATC), que necessitava de uma nova empresa para coordenar as ações realizadas nos países fora da América do norte e central.

¹³ Empresa também de origem britânica fundada em 1847, hoje com sede nos Estados Unidos, tem como principal produto a marca de cigarros Marlboro.

Para Toscano (2006) a migração dessas indústrias para os mercados dos países em desenvolvimentos são legitimados pela baixa expectativa de vida o que, em tese, dificultaria na observação dos males causados pelo cigarro em longo prazo e sua relação com decorrência de outras doenças. Os baixos custos na produção, decorrência das fracas leis trabalhistas, foi outro motivo que chamou a atenção do mercado internacional do tabaco.

Quanto ao plantio do tabaco, esta cultura seria mais lucrativa por render um maior número de produto por espaço de terra plantada em comparação a outras culturas. Segundo Toscano (2006), esta afirmativa não é tão constante quanto parece, pois alguns estudos realizados no Zimbábue pontam que trocar o cultivo do tabaco por outras culturas ou o cultivo misto pode ser menos oneroso. Isso se dá em decorrência do alto custo que em mão-de-obra e maquinário que o cultivo do tabaco demanda, sendo assim as alternativas acima citadas seriam melhores.

Os subsídios e incentivos governamentais também se mostram como grandes razões para o crescimento e manutenção de fazendeiros neste mercado. Em contra partida estudos atuais¹⁴ mostram como a vida dos trabalhadores rurais e de agricultura familiar sofrem com o contato em longo prazo com a folha do tabaco.

Toscano (2006) rebate que os empregos gerados pela indústria do tabaco no Brasil representam no dado momento, cerca 0.44% dos trabalhadores urbanos e quase 2% no total de trabalhadores rurais. Este percentual poderia ser revertido ao designar estes trabalhadores a outros setores da economia. Quanto ao impacto na economia, esta seria mínima, pois toda a renda advinda do consumo de outros produtos do tabaco poderia ser utilizada em outros bens e serviços.

A empresa Souza Cruz (SC), braço da BAT no Brasil, é uma das principais indústrias do cigarro atuantes no país. Esta é considerada uma empresa de

¹⁴ Uma pesquisa intitulada Crenças, atitudes e práticas da mulher agricultora de tabaco em Palmeira – Paraná, desenvolvida pelo Centro de Estudos sobre Tabaco e Saúde (Cetab) da Escola Nacional de Saúde Pública (Ensp/Fiocruz) afirmou que diversas mulheres tiveram sua saúde afetada graças ao trabalho realizado nas plantações de tabaco, principalmente por entrar em contato com os agrotóxicos e substâncias outras contidas na folha.

responsabilidade por promover ações que diminuam o impacto de suas ações sobre a sociedade e o meio ambiente.

Para driblar as iniciativas de combate ao tabaco, as indústrias do setor tiveram de optar por medidas alternativas de continuação do mercado do tabaco. A medida escolhida foi um plano que se constituía em três fases.

A diversificação inclui três fases: a) aquisição de empresas não relacionadas ao tabaco (de 1964 ao final dos anos 70); b) absorção e fusão, com declínio do valor das ações na bolsa de valores (especialmente durante os anos 80); c) duplicidade setorial: uma parte reconcentra-se no tabaco enquanto outra investe em novas aquisições (desde o fim da década 1980 e durante os anos 90. (BOEIRA; JOHNS, 2007, p.6)

No Brasil houve um maciço investimento das indústrias do cigarro. O exemplo mais emblemático é o caso de Santa Cruz do Sul e suas proximidades que são grandes produtoras de tabaco. Esta expansão se deu por meio de investimentos da BAT com perceber a região como propícia por sua característica climática e de sua população que dependia da agricultura familiar ou formada de pequenos produtores rurais.

De acordo Toscano (2006), a crescente inserção das indústrias internacionais do tabaco no Brasil ocorreu, pois houve uma verdadeira pressão das multinacionais quanto as indústrias nacionais que sucumbiram e tiveram de unir-se as estas empresas, a exemplo da Souza Cruz. A forte perseguição internacional ao tabaco fez com que a produção e exportação baixasse dando oportunidade ao Brasil em assumir a liderança deste mercado, o que acabou por se concretizar.

As empresas têm investido no marketing social como uma forma de manter seus lucros. Para tal as ações filantrópicas são os meios mais usados, a exemplo da Phillip Morris que, segundo a OMS (2003), doou quantias altas de dinheiro para países da África voltados para a educação.

Diversos documentos das empresas tabagistas foram trazidos a publico no intuito de revelar como a questão dos prejuízos a saúde, relacionados ao tabaco

eram discutidas nesses espaços. Por meio de mandados judiciais expedidos nos Estados Unidos e Reino Unido, foi descoberto que as indústrias tinham total ciência sobre os malefícios de seus produtos, mas que este fato não poderia ser um motivo para cessar com a produção rentável de cigarros. As empresas questionavam, e ainda questionam a real relação apontada por órgãos como a Organização Mundial da Saúde (OMS) entre o tabaco e as doenças consideradas morbidades pelo uso do cigarro, como o câncer de pulmão.

A partir da 3ª Conferência dos Estados Partes da Convenção-Quadro foi explicitado a real preocupação quanto à expansão de ações das multinacionais como a Phillip Morris e a BAT no âmbito de políticas e legislações. A crescente tentativa dessas companhias em dificultar a implementação da Convenção-Quadro era maciça, sendo realizado por meio de acordos políticos, lobby, entres outras manobras. Este entendimento possibilitou a criação da Resolução nº18/01 da 54ª Assembleia Mundial de Saúde (AMS): Transparência para o Controle do Tabaco que propulsionaram decisões como a ocorrida em 2006, nos Estados Unidos, que exigiu um ressarcimento a 11 indústrias tabagistas quanto aos danos causados à saúde de seus consumidores.

CAPÍTULO 3: O exercício profissional das assistentes sociais no Programa Controle do Tabagismo da Secretaria de Saúde do Distrito Federal.

3.1. Serviço Social nas equipes interdisciplinares

Foram entrevistadas seis assistentes sociais dos Programas de Controle do Tabagismo da Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal – SES/DF. Destas, apenas uma não está inserida em uma equipe multiprofissional sendo, então, a única responsável pelo programa na unidade de saúde onde atua.

A dinâmica de trabalho é estabelecida a partir de um consenso entre o gestor da unidade de saúde e o profissional. Isso indica que o cumprimento das horas de trabalho e o local e os programas onde serão cumpridos vai de acordo com a demanda da unidade e a disponibilidade do profissional. Por vezes, então, fica a critério do profissional como irá montar sua escala de trabalho.

Por meio das entrevistas realizadas, foram observadas diversas questões particulares e gerais que envolvem o trabalho das assistentes sociais dentro dos Programas de Controle do Tabagismo. Um aspecto indagado foi como se consolidam as relações profissionais com os demais membros da equipe multiprofissional. Todas descreveram um bom entendimento entre as diversas categorias profissionais, que são elas: farmacêuticos, médicos, enfermeiros, psicólogos, agentes administrativos, técnicos de enfermagem e nutricionistas. Uma assistente social colocou, diante a este questionamento, que essa pergunta não correspondia a ela, pois era a única pessoa a trabalhar no programa.

Das cinco profissionais que atuam em equipes multidisciplinares foram apresentadas diversas composições das equipes em que atuam. Uma assistente social tem como parceira de trabalho apenas uma médica. Outra entrevistada pertence a uma equipe composta por médico e um enfermeiro. A terceira assistente social relata a existência, em sua equipe, de um médico, uma psicóloga e uma agente complementar em Serviço Social. Uma assistente social elenca a equipe com técnica de enfermagem, médico e uma técnica administrativa. A quinta entrevistada descreve sua equipe de trabalho com um farmacêutico, médico, técnica

administrativa e nutricionista, sendo esta a mais completa dentre os programas das profissionais entrevistadas.

Cinco profissionais, de um total de seis, relatam que recebem algum tipo de apoio ou estabelecem parcerias com outros profissionais de saúde, como nutricionistas, homeopatas, psicólogos, quando não constantes no quadro de profissionais do programa. Essas parcerias são estabelecidas com programas e profissionais da Secretaria de Saúde ou não, visando atender demandas observadas pelas equipes e que não possuem profissionais que estejam aptos a resolvê-las. Este suporte não está ligado diretamente a prática das assistentes sociais, mas sim na realização e efetivação do programa como um todo.

As parcerias são realizadas de uma maneira não institucionalizada, mas sim a partir de uma consonância entre os profissionais das equipes de saúde da SES/DF, sendo este de outros programas e unidades de saúde. Quando não possível uma interlocução com a secretaria de saúde há uma procura por profissionais e especialidades que atuam, inclusive, no âmbito privado da saúde. Estas parcerias são realizadas de maneira pontual, quando identificada alguma questão específica.

Estas ações se mostram como uma tentativa de articulação entre diversos componentes da rede pública de saúde do Distrito Federal, onde:

Pode-se afirmar que o assistente social se insere, no interior do processo de trabalho em saúde, como agente de interação ou como *um elo orgânico* entre os diversos níveis do SUS e entre eles e as demais políticas sociais setoriais, o que nos leva a concluir que o seu principal produto parece assegurar – pelos caminhos os mais tortuosos – a integralidade das ações. (COSTA, 2006, p.341)

Um exemplo concreto é o relatado por uma assistente social que, por não possuir uma nutricionista no quadro da equipe, tem que recorrer a profissional da área da nutrição que trabalha no mesmo Centro de Saúde. Essa abordagem geralmente é realizada de uma maneira informal e como um pedido de ajuda ou favor da assistente social. Este fato se dá, pois não há uma obrigatoriedade quanto ao corpo profissional que deve compor o quadro da equipe multiprofissional. Assim as lacunas são preenchidas de acordo a necessidade do programa. Por as

assistentes sociais terem uma posição de gestoras nos programas onde atuam, cabe a elas, então, buscarem por estes profissionais.

Três assistentes sociais relataram que os médicos que compõem sua equipe não realizam expediente nos centros de saúde onde é localizado o programa e só estão presentes em um dia específico de encontro do grupo ou quando são solicitados. Uma assistente social que passa por essa situação coloca que isto atrapalha o andamento do programa, pois há questões que são de competência médica, mas tem sua resolução adiada por o profissional não poder estar no centro de saúde. Esta ausência se caracteriza por uma flexibilidade quanto às unidades de saúde onde o profissional pode vir a cumprir suas horas de trabalho. De acordo com as assistentes sociais, muitos destes profissionais têm de atender a diversos centros de saúde não podendo, portanto, destinar uma dedicação exclusiva ao Programa Controle do Tabagismo.

Por se tratar de um programa em que há a necessidade de uma capacitação antes de entrar na equipe profissional, acaba por atrasar e dificultar a entrada de outras especialidades. A capacitação não é um pré-requisito comum nos programas da SES/DF e é fornecida pelo Instituto Nacional do Câncer aos profissionais que estiverem interessados. Outro ponto que impede essa inserção de outros profissionais é a falta de dedicação quanto à carga horária, pois é de praxe que alguns trabalhadores da saúde, como médicos, cumpram as horas de trabalho em diversas unidades de saúde de maneira acumulativa. Este fator impede que haja a interação dos profissionais com o andamento do programa.

Isto é observado de forma concreta quando num total de cinco programas com uma equipe multiprofissional, apenas uma realiza uma reunião para discutir o grupo atendido, bem como casos mais específicos apresentados por usuários do programa. Uma face importante do trabalho desenvolvido por esta equipe em particular é a complementariedade de ações dentro da equipe interdisciplinar. A entrevistada relata que a equipe em que atua se reúne após as sessões, salvo algum imprevisto, para debater, diante de cada atribuição e competência profissional, um panorama geral do grupo que está sendo conduzido.

Todas as profissionais apontaram por meio de suas falas que não há uma delimitação dos espaços de atuação de cada profissional no andamento do programa, nem nos momentos de encontro com o grupo de usuários. Cabe a cada categoria entender suas atribuições e competências e as dos seus companheiros de trabalho. Portanto, não foi relatada qualquer questão envolvendo disputas de categorias. Muito pelo contrário, as assistentes sociais descrevem um cenário onde seu trabalho é exercido de maneira equânime, não havendo nenhuma forma de hierarquização entre as categorias profissionais.

Existe um reconhecimento da prática das assistentes sociais sob uma ótica de protagonismo dessas profissionais no Programas de Controle do Tabagismo onde atuam, e dimensionam o entendimento de que “a maior cobertura e a satisfação do usuário dependem da eficiência e eficácia do modelo idealizado e, conseqüentemente, da capacidade de neutralizar e superar qualquer obstáculo” (COSTA, 2006, p.342). Esse protagonismo está caracterizado pelo papel de liderança gerencial que essas profissionais apresentam, tendo suas práticas profissionais voltadas para o ofício da gestão do programa. Em contrapartida, há um claro redimensionamento das ações exercidas por elas, que “para vencer qualquer obstáculo” tem de realizar ações e práticas que não estão dentro de suas atribuições e competências.

Por estas características profissionais que se destacam da demais categorias, as assistentes sociais entrevistadas tendem a ocupar lugares de liderança nos Programas de Controle do Tabagismo. Trindade destaca que:

Quando o assistente social participa de uma equipe multiprofissional responsável por programas e projetos sociais, ele desempenha um importante papel de agente aglutinador e mobilizador da equipe, bem como contribui para a montagem da estrutura institucional de atendimento dos usuários envolvidos nas ações. O assistente social demonstra ter uma visão mais abrangente da instituição e das possibilidades de acionamento de recursos institucionais em prol dos objetivos do trabalho. Outro ponto que se destaca é a capacidade de articulação dos assistentes sociais com outras instituições, tanto no intercambio de serviços que ajuda na viabilização do trabalho, no papel de divulgação dos projetos e/ou no treinamento de funcionários envolvidos. (TRINDADE, 2012, p.93)

Foi observada uma rotatividade de profissionais nos programas de maior duração. As assistentes sociais entrevistadas atuam em programas que apresentam de um até onze anos de duração. Os programas com maior tempo apresentam em seu histórico a passagem de diversas áreas profissionais que já não mais fazem parte da equipe. Para entender esta realidade é preciso demarcar que a inserção e a atuação das categorias na equipe vão de acordo com a vontade de cada profissional em fazer parte do programa e a demanda da instituição. As entrevistadas relatam uma não atenção da rede de saúde para com o programa. Essa lacuna seria uma problemática para a construção de um quadro de profissionais, fazendo com que, por vezes, o contato tenha que ocorrer entre os próprios profissionais.

As assistentes sociais, em suas falas, colocam sempre a questão do convite a participar do programa, ou seja, alguns profissionais são delegados a exercer alguma função dentro do programa, assim caso aceitem o convite, realizam a capacitação e começam a fazer parte da equipe.

O que surge é um cenário onde, caso não haja profissionais interessados em continuar com o programa ele para de funcionar. As assistentes sociais pontuaram que caso houvesse um interesse maior das regionais de saúde onde atuam a situação seria diferente. A criação de novos programas foi uma das alternativas mais comentadas, mas um empecilho para a abertura dessas novas vagas está no que já foi relatado. O programa funciona, de acordo com as entrevistas, mais por iniciativa dos profissionais da equipe do que do entendimento das SES/DF de que a existência do programa é um direito do usuário.

Assim, o fenômeno da defasagem de profissionais, onde, em um panorama geral da saúde no Brasil. Se expressa de uma forma mais prejudicial no Programa Controle do Tabagismo, pois, além da defasagem que já existe ainda há outros critérios que atrapalham a inserção de novos profissionais:

:

Houve aumento da demanda por serviços, porém não houve ampliação das equipes nem da capacidade operacional [...] resultando na deflagração de problemas de manutenção [...] Esse fato tem como principal consequência a contraditória descentralização, burocratização e informatização das filas de espera. (COSTA, 2006, p. 313)

A identificação de seu espaço dentro da equipe foi um ponto levantado durante a pesquisa e que se mostrou unânime na fala das seis assistentes sociais. Ao serem indagadas a elas se os usuários do Programa Controle do Tabagismo as reconheciam como assistentes sociais todas responderam que não. As entrevistadas colocam que os usuários as identificam como “pessoas da equipe”, sendo que por diversas vezes são reconhecidas como psicólogas por sua atenção no momento da entrevista ou de escuta.

É um sinal claro de que uma aproximação com o usuário e uma atenção a sua demanda está de fato sendo oferecida, mas também demonstra outro fator preocupante. Um ponto dito por uma assistente social sobre a razão da ocorrência deste fenômeno: *“Eles me veem mais como alguém que quer ajudar na questão do programa. O assistente social na saúde, como ele trabalha em equipe multiprofissional, ele fica muito destituído na demanda. Fica sabotado, o Serviço Social.”* Logo, na visão desta profissional o Serviço Social ao se inserir em uma equipe multidisciplinar sofre, automaticamente, com um não reconhecimento tanto dos usuários, como se ele fosse “engolido” diante das demais categorias. Esta fala representa um não reconhecimento da própria profissional para com o trabalho que está sendo ofertado.

Cabe aos assistentes sociais uma reflexão sobre o motivo que leva aos usuários a esse não reconhecimento, o posicionamento do profissional diante de suas demandas e a forma como desenvolve o seu trabalho. Essa é uma consequência da priorização por atividades ligadas a gestão e pela falta de profissionais que componham a equipe. Por uma problemática na questão de recursos humanos, as assistentes sociais tendem a cobrir todas as lacunas deixadas o que acaba por fazer o usuário a identificá-las como apenas “uma pessoa da equipe”.

Uma assistente social disse que nunca tinha parado para pensar nessa questão do reconhecimento do usuário para com o seu fazer profissional: *“Eles não me identificam como assistente social, me identificam como a pessoa do programa do tabagismo, mas não associam: ‘Aquela é a pessoa do Serviço Social’. Eu me identifico, eu me apresento: ‘G., assistente social aqui do programa’. Mas elas não*

associam isso. Quando elas vêm me procurar é a G. do Programa do Tabagismo, não é a assistente social”.

Este fato se apresenta como negativo no ponto de vista da construção da importância do profissional de Serviço Social nas equipes multiprofissionais da área da saúde. Indagada sobre as demandas, uma entrevistada respondeu que: *“Pro Serviço Social em si não tem, porque, na verdade a proposta do grupo é essa atuação interdisciplinar.”* As assistentes sociais demonstraram em suas falas que o Serviço Social, mais especificamente as profissionais nas equipes do Programa Controle do Tabagismo estão a disposição, de maneira quase que forçada, para atuarem no espaço em que for necessário, não importando se é na distribuição de remédios, no aconselhamento. Cria-se então uma dinâmica onde todos fazem tudo sem uma identificação atribuída de todos os profissionais de suas competências que trarão uma construção enriquecedora para um trabalho multidisciplinar.

No momento em que o usuário percebe essa sincronia, onde todos os profissionais trabalham juntos, de acordo com sua área de conhecimento, este consegue estabelecer e identificar por quais profissionais está sendo atendido.

Diante deste tema, uma das entrevistadas dá seu ponto de vista quanto a percepção das atribuições e competências do Programa do Controle do Tabagismo onde atua: *“Não, eu não tenho esse problema (conflito entre categorias profissionais). Pra mim é muito claro, né, que **existe um tipo de orientação que eu não sou capacitada a dar porque eu não tenho qualificação médica.** Tipo os efeitos que a medicação dá, a questão da síndrome de abstinência. Embora tenha feito a capacitação, embora a gente tenha as reuniões de atualização toda a segunda e quinta por mês, vários temas são abordados. Embora eu estude, mas eu não sou capacitada a dar esse tipo de orientação. Eu posso orientar uma série de outras questões dentro do programa, mas não essas orientações específicas em relação a medicação, efeito, dosagem, contraindicação”.*

3.2. Principais dificuldades identificadas pelas assistentes sociais em seus locais de trabalho.

Quanto à questão de dificuldades enfrentadas, há uma gama de indicações feitas pelas profissionais entrevistadas, sendo o espaço físico e a falta de materiais para desenvolver o trabalho as principais queixas das assistentes sociais. Descrevem seu espaço de trabalho como “mínimo” ou “impróprio”. Uma assistente social relatou que havia mudado de sala diversas vezes e que nesses locais enfrentou diversas privações, onde chegou a ficar sem acesso a uma linha de telefone, sendo que muitas das inscrições no programa são realizadas por este meio.

Outra assistente social relatou a tentativa da administração da unidade de saúde onde atua em juntar todas as assistentes sociais do local, e que atuam em programas distintos, em uma única sala com a justificativa de centralizar o Serviço Social. Esta iniciativa, por se tratar de uma questão autoritária e vertical, de acordo com a entrevistada, foi veementemente negada e repudiada pelas assistentes sociais.

A falta de material se mostra como um entrave para o trabalho desenvolvido pelas assistentes sociais entrevistadas. Todas relatam passagens onde tiveram de “tirar do próprio bolso” dinheiro para arcar com uma necessidade para o programa. Dentre os recursos estão descritos objetos como projetor para ministrar as reuniões, copos plásticos, alimentos, fitas adesivas, este ultimo item que inclusive elucida um fato que é muito comum. Uma assistente social descreveu que em um momento de encontro com o grupo de usuários do programa ela havia reclamado de uma fita: “*Ah mas essa fita crepe que a secretaria deu tá horrível, tá desmontando à toa*”, na semana seguinte um paciente trouxe (uma fita crepe). *Ele é pedreiro, ele trouxe pra mim*”. Ou seja, não apenas as profissionais custeiam os seus próprios meios de trabalho, os usuários por vezes surgem como apoio nessas horas.

O trabalho exercido pelas assistentes sociais entrevistadas se depara com um serie de limitações, por isso, “Essas práticas são direcionadas ao enquadramento institucional dos usuários e adequação das suas necessidades ao perfil politico-pedagógico e aos limites materiais dos programas assistenciais estatais e privado.” (Abreu, 2008, p. 192). Sob o ponto de vista do Programa Controle do Tabagismo da

Secretaria e Saúde do Distrito Federal, essa afirmativa perpassa pela forma como será conduzido o tratamento do usuário, pois esta falta de recursos tende a incidir na parte mais fraca do elo profissional-usuário.

De acordo Faleiros (2008), esta é uma realidade que não está apenas expressa no Programa de Controle do Tabagismo, mas sim dentro de uma dimensão sócio-histórica onde se insere o Serviço Social como profissão. Esta adequação dos assistentes sociais para com as demandas institucionais e dos usuários perpassa, então, pelo paradigma da correlação de forças, onde este profissional deve sempre orientar sua prática voltada para os interesses do oprimido, neste caso o usuário e não do opressor, a instituição. Infelizmente este fenômeno é uma certeza da prática dos assistentes sociais que não se restringe apenas a área da saúde e que, muito menos, terá seu fim nela.

Por entender que há uma disputa de classes em que a classe trabalhadora se mostra como a mais pauperizada e que, portanto, sofre as maiores consequências, os assistentes sociais não podem se manterem neutros diante deste tipo de exploração. Um exemplo concreto e que remete também ao programa é a chamada falta de recursos. No momento em que se há uma crise, financeira ou política, há cortes na disponibilização de materiais para programas e políticas sociais. Tanto que, segundo relatos das entrevistadas, alguns Programas de Controle do Tabagismo foram fechados por não possuírem mais recursos para a sua manutenção.

Para Faleiros (2008, p.55) os assistentes sociais devem seguir seu exercício profissional para o *empowerment*, ou seja, deve-se buscar um fortalecimento dos usuários para que este alcance sua autonomia:

A defesa consiste na ajuda que se dá ao cliente na interação com as organizações burocráticas, como defesa de seus direitos, apoio no desafio das regras estabelecidas, questionamento do saber profissional (por exemplo, médico), recusa de encaminhamento a determinada instituição inadequada, encorajamento a autodefesa” (FALEIROS, 2008, p.52)

Das seis profissionais entrevistadas, apenas uma tem o Programa de Controle do Tabagismo como seu único programa de atuação, sendo que esta atua em uma unidade de atenção secundária. As demais assistentes sociais atuam na atenção básica, onde estão inseridas em, pelo menos, mais três programas. Segundo a profissional que atua na atenção secundária, sua dedicação exclusiva ao programa foi possível por meio de um acordo com a gerência da instituição, pois havia profissionais outras de Serviço Social que poderiam atender aos demais programas da unidade de saúde.

Esta realidade compartilhada recai em uma fala corriqueira utilizada pelas assistentes sociais: a priorização. Quatro entrevistadas pontuaram que precisaram delimitar a quais programas iriam transferir uma dedicação maior, no caso o tabagismo, e que a partir daquele momento estariam mais como apoio aos demais programas. Uma pontua que *“Tenho 40 horas (semanais), mas as minhas 40 horas não são todas para o programa”*, o que em sua visão dificulta exercer um trabalho que ela considere ideal. Apenas uma argumentou que realiza essa priorização, mas que por afinidade o tabagismo está dentre os programas em que ela optou por não priorizar.

Uma das assistentes sociais manifestou as dificuldades enfrentadas por ela. Diante de sua peculiar situação onde apenas ela atua no programa, e que possui como suporte externo ao grupo, o apoio de uma agente complementar em Serviço Social. Quando questionada sobre sua colocação dentro da unidade de saúde a entrevistada relatou que: *“Eu não me sinto desvalorizada, eu nunca me senti. Desde que eu entrei lá, eu sempre trabalhei em equipe e sempre fui procurada para falar sobre alguma questão social. Nunca me senti desvalorizada não”*.

Um problema relatado por quatros profissionais deve-se ao fato de que existem poucas unidades de saúde que possuíam o Programa de Controle do Tabagismo, o que gera uma sobrecarga de trabalho para essas profissionais e suas equipes. Este fenômeno reflete nas grandes listas de espera pela qual o usuário deve passar antes de iniciar propriamente seu tratamento. Em uma das unidades a assistente social explicitou um cenário um tanto quanto diferente dos demais encontrados. A entrevistada relatou que **não havia muita procura pelo programa**,

pois o centro de saúde onde atuava era de difícil acesso e a comunidade que reside na área de abrangência tem baixo interesse pelo programa.

De fato esta unidade de saúde se encontra em um local mais afastado do centro da região administrativa em questão, em uma área residencial e com pouco transporte público, segundo a entrevistada. O que vale problematizar é se há pouca procura por estar mal localizado fazendo com que há pouca aderência ao programa pela comunidade que a cerca. A assistente social relatou realizar campanhas de divulgação nas datas pontuais para o combate ao tabagismo, como o Dia Mundial Sem Tabaco, dia 31 de maio.

Uma das assistentes sociais entrevistadas aponta a fila de espera como uma forma de o usuário “valorizar o programa”. Em seu entendimento, o fato de existir uma fila de espera, somado a expectativa de ser chamado para o programa, cria um vínculo, em que o sujeito irá reconhecer e valorizar mais o trabalho realizado pelos profissionais. Isso também servirá como um combustível a mais para inibir a evasão. Diante da fala da entrevistada da valorização mediante a espera, este também pode se tornar uma problemática, pois o contrário pode ocorrer, onde o usuário desisti de se integrar ao programa diante da dificuldade de inserção. Sobre o assunto, vale salientar que de todo o processo de inscrição realizado nos programas visitados, nenhum possui um sistema tecnológico, todas as inscrições são registradas em fichas feitas a mão ou em cadernos específicos para tal fim.

Um ponto que se destaca é uma sobrecarga de funções exercidas pelas profissionais dentro das atividades realizadas por assistentes sociais nos Programas de Controle do Tabagismo. As assistentes sociais dos programas apresentam uma equânime, até certa liderança, em determinados casos, quanto ao seu papel dentro da equipe interdisciplinar. “as tarefas administrativas, burocráticas e/ou de levantamento de dados - seleção, inscrição e anamnese – acompanhadas de orientações e aconselhamentos eventuais, pontuais e descontínuos...” (VASCONCELOS, 2009, p. 205).

Sobre o assunto “dificuldades enfrentadas”, um ponto foi pertinente para uma das entrevistadas. A assistente social colocou que não realizar alguma ação por falta

de recurso é apenas uma forma de desistir do trabalho que precisa ser desenvolvido. *“Eu sou da opinião de quanto a gente para na questão dos recursos a gente tenta justificar um trabalho não realizado. ‘ah mas é porque não sei o que’. Muitas vezes nas reuniões de coordenação tem pessoas que falam assim ‘a gente não está fazendo porque não tem remédio’. O remédio não vem pra todo mundo. Ele vem pra um percentual pequeno, porque tem que investir na mudança de comportamento”.*

3.3. O cotidiano do exercício profissional das assistentes sociais no Programa Controle do Tabagismo da Secretaria de Saúde do Distrito Federal

Entendendo que “É no momento em que os sujeitos se fragilizam, perdem poder e patrimônio que buscam o Serviço Social (...). À condição de dominados se acrescenta a diminuição das condições de autonomia” (FALEIROS, 2008, p. 90) e que “Nas diferentes situações, os sujeitos que se colocam em relação com o Serviço Social buscam alguma forma de organizar seu interesse, mais ou menos conscientemente.” (*Idem*, 2008, p.109). As profissionais entendem que o tabagismo se apresenta como uma droga que interfere diretamente nas relações sociais de seus usuários. Logo, cabe no momento do programa, onde a maioria dos sujeitos do grupo ali está devido a alguma comorbidade causada pelo uso do tabaco, buscar a emancipação quanto ao uso do cigarro.

Para sanar muitos dos problemas enfrentados, as profissionais buscam uma interlocução com outras instituições, seja da própria Secretaria de Saúde, seja de instituições privadas. Essas parcerias são mais focalizadas para a realização de eventos ou intercâmbio de pessoas e troca de informações e materiais. A ocorrência desse fenômeno se dá, pois:

O assistente social, para seu exercício profissional, não dispõe de todos os meios necessários para a efetivação do seu trabalho, sejam financeiros, técnicos e humanos, pois dependem de recursos, programa e projetos. (SARMENTO, 2012, p.10)

Foi detectado que as assistentes sociais atuam nas mais diversas áreas do programa, desde sua organização, gestão e condução das reuniões enquanto outros profissionais que compõem a equipe, quando estes de fato existem, apenas fazem intervenções pontuais onde eles identificam que é a sua área de atuação. Estas novas atribuições destinadas as assistentes sociais, principalmente as voltadas ao cunho gerencial (SARMENTO, 2012, p.118) representam um novo paradigma para o Serviço Social no Programa Controle do Tabagismo da Secretaria de Saúde do Distrito Federal. Apesar de representarem um papel de “gestoras”, isso se aplica a um aspecto interno e sem qualquer acréscimo remunerativo. Logo, estas profissionais passam a exercer diversas funções no âmbito do programa, culminando em uma sobrecarga de trabalho.

Em um entendimento geral, há uma dimensão latente de “priorização e afinidade” que demarcam a atuação dentro das unidades de saúde. As assistentes sociais relataram não realizar qualquer tipo de avaliação quanto ao trabalho individual ou em equipe que é realizado no Programa de Controle do Tabagismo ou em outros programas que onde trabalham.

As assistentes sociais colocam que o seu lugar na equipe é em prol de auxiliar nas resoluções das questões que levam o paciente a continuar fumando, como explicita a fala de uma entrevistada: *“Tem um espaço que a gente usa no prontuário, mas geralmente eu pego um papel que a gente tem de evolução e coloca lá ‘paciente, 3 filhos: 2 dois drogaditos; filhos: 2 em convivência coma mãe usuária de maconha, alcoolista, encaminhada para tal lugar’ porque na hora em que eu tô fazendo aqui, eu já dou muito encaminhamento nosso. Porque o que acontece: a pessoa tá em uma situação de risco, numa situação em que na cabeça dela ta muito claro de que o motivo de porque eu fumo. Então a gente vai tentando puxar esses vários fiozinhos para dizer “olha, a gente tá correndo atrás, estamos desembaraçando esses nós da sua vida. E o cigarro vai permanecer?”.*

Os primeiros contatos entre as assistentes sociais e os usuários ocorrem no momento em que este último procura a unidade de saúde no intuito de ingressar no Programa. Esta parte do tratamento é descrita como acolhimento pelas profissionais entrevistadas, e geralmente acontece no momento da inscrição, exceto onde existe

uma dinâmica de grupo aberto¹⁵. O momento da inscrição é onde o usuário é instruído sobre como funciona o programa, suas etapas e rotinas. Vale aqui salientar que as filas de espera tendem a durar quatro meses.

Todas as assistentes sociais entrevistadas são responsáveis, juntamente a outros membros da equipe, por este processo da inscrição da pessoa no programa. Além da inscrição, outras ações como passar estratégias de como começar a caminhada à cessação ao cigarro e demais encaminhamentos, são realizados. Assim fica a cargo dessas profissionais delimitarem quem necessita de um atendimento prioritário e quem deve ser ou não chamado mais cedo, quem poderia esperar mais e etc.

Nessa perspectiva pode-se afirmar que algumas das principais contradições, presentes no cotidiano do SUS, são permeadas e agravadas por decisões técnicas/políticas, cujo grande eixo norteador é a subordinação das necessidades dos usuários aos recursos alocados segundo a primazia da contenção de gastos, da ênfase na produção de procedimentos (produtividade) e burocratização do acesso. (COSTA, 2010, p.121)

Ou seja, ao invés de se estabelecer um processo onde há uma abertura de vagas para acesso ao programa, as assistentes sociais e a equipe em que atua são impelidas a realizar um movimento de burocratização que dificultará cada vez mais a inserção do tabagista no programa. Como relata Costa (2010), este fenômeno é percebido em todos os setores da saúde, não sendo uma exclusividade do trabalho dos assistentes sociais e/ou do Programa de Controle do Tabagismo.

Por se tratar de um programa em que sua dinâmica de trabalho consiste em quatro reuniões temáticas, as assistentes sociais atuam como palestrantes e organizadoras do processo do tratamento. Foi observado que em quatro unidades de saúde as profissionais tendem a conduzir as duas primeiras sessões e a última, deixando a terceira, que se trata da questão alimentar a cargo de um nutricionista quando se tem um presente na equipe. Quando não há um profissional da nutrição as assistentes sociais tendem a seguir o cronograma da cartilha e/ou se informar mais a cerca do assunto e repassar esse conteúdo aos usuários.

¹⁵ A modalidade de grupo aberto consiste reuniões abertas e sequenciais onde o usuário não precisa se inscrever para participar. Caso a pessoa vá à primeira vez em uma reunião com assuntos da terceira sessão, por exemplo, este sujeito é informado sobre o conteúdo que perdeu e segue com o curso normal do programa.

No caso das assistentes sociais que conduzem o programa sozinhas, ou ficam responsáveis pela condução de uma das sessões, acaba por aparecer uma nova demanda as assistentes sociais: se fazem presentes algum preparo que, não necessariamente, estão inseridos no campo de suas competências, atribuições e conhecimentos. Essas profissionais então precisam se informar sobre questões outras, inclusive médicas: *“Como eu vou explicar para a pessoa que ela tem receptor nicotínico na célula? Alfa3 e Beta 4, hum? Eu custei a entender, não é minha a formação”*. Por vezes, as assistentes sociais relatam que precisam repassar estes tipos de informação, pois são elas as responsáveis pelas etapas do tratamento e, portanto, por explicar passo-a-passo de como se constitui a dependência ao tabaco.

Todas as assistentes sociais colocaram que seu principal guia de trabalho são os manuais fornecidos pelo Instituto Nacional do câncer (INCA), sendo a partir deles que toda a dinâmica interventiva de toda a equipe é baseada. Diante disso, é visto que o planejamento e execução de ações pelas assistentes sociais são voltados, em sua grande maioria, para o tratamento dos tabagistas, seguindo um roteiro metodológico disponibilizado pelo INCA. A atuação dessas profissionais é focada nas realizações temáticas de cada sessão, ou seja, para o bom andamento do programa onde atuam. Um exemplo concreto foi relatado por uma assistente social que diz: *“Na 2ª reunião a gente faz a apresentação no início (auto-apresentação) e depois a gente aplica uma técnica de relaxamento com música. Eles ficam bem relaxados.”* Assim, não foi percebido um exercício profissional que tratasse da dimensão social em que o tabagismo é apresentado, sendo que não há um planejamento para a prática Serviço Social em si, e sim o atendimento de demandas eventuais. O que vem a ser um pouco diferente se concluir que se trata de um programa que possui uma rotina de ações e temas específicos.

A maioria delas identifica seus instrumentos como fala, entrevista e escuta, sendo que esses instrumentais utilizados servem como complementos didáticos que não necessariamente são voltados para a dimensão do trabalho das assistentes sociais, mas sim com um foco no tratamento do tabagismo. Uma entrevistada relata que: *“Instrumento físico nenhum. A gente usa a estratégia da*

abordagem motivacional, principalmente aqui na sala (...) Então quando eles chegam nesse momento a minha sala o que eu faço não é entrevista. é uma abordagem motivacional, que é eu orientar o que que é o grupo, que nosso grupo tem demanda espontânea, um grupo com reuniões abertas. Quando a gente tem a medicação eu oriento sobre a disponibilidade da medicação, porque a grande maioria vem é em busca da medicação mesmo, principalmente aqueles que não conhecem o programa. Eu oriento, faço aquela orientação de que o medicamento por si só não resolve”.

As assistentes sociais identificam seus instrumentos de trabalho como: reuniões em grupo, entrevistas e escuta. Mas todas essas ações são voltadas a cessação ao uso do cigarro sob um ponto de vista motivacional. As mais variadas formas de intervenção citadas esbarram em um ponto elucidado por Sarmento (2012, p.116). Para o autor a entrevista é “o estabelecimento de um diálogo que vai se realizando a medida que vamos desvelando o real, o concreto e ampliando a consciência crítica ou reduzindo a alienação dos entrevistados e do próprio assistente social”. As profissionais relataram que a entrevista, em seus espaços de trabalho, é utilizada como forma de acolhimento e observação para eventuais intervenções.

Outro dispositivo utilizado são os encaminhamentos. Duas entrevistadas denominaram estas práticas como “encaminhamentos responsáveis”, que são realizados quando há uma demanda mais específica e que estas fazem um contato prévio com a instituição de destino para o encaminhamento para saber se está apta a receber determinada demanda. Um exemplo concreto é uma assistente social que tinha em seu grupo de usuários um que era dependente químico. Por sua condição o médico do grupo relatou que seria melhor que este paciente tratasse primeiro sua relação com o álcool e depois iniciasse o tratamento do tabagismo. Ficou a cargo então da assistente social encaminhar o usuário ao Centro de Atenção Psicossocial – CAPS. Para tanto, a profissional fez um contato prévio com o CAPS de sua região para saber da disponibilidade em atender o usuário em questão.

Ainda com base dos instrumentos e técnicas de trabalho, uma das entrevistadas refere a utilização em sua intervenção: “Os livrinhos, os folhetos e a

gente usa alguns folders que são fornecidos pelos laboratórios então a gente usa esse instrumental aí. Só também.” Percebe-se que há um aprisionamento e não busca por outros métodos de atuação que corroborem com o trabalho que venha a ser exercido. Logo, “Torna-se, então, fundamental reconhecer que o exercício profissional dos assistentes sociais implica a existência de instrumentos e técnicas que permeiam a operacionalização das propostas de ação conscientemente definidas” (SARMENTO, 2012, p.112).

Nenhuma das entrevistadas relatou realizar qualquer acompanhamento social dos usuários ou realizar um trabalho específico voltado a essa área, seja no momento das reuniões em um momento posterior. Uma das profissionais justificou o não acompanhamento da questão social por meio da seguinte fala: *“Porque são os pacientes fora do nosso centro. Não sei se você sabe, mas a área de abrangência é aqui em volta do centro de saúde, no tabagismo a gente não faz isso, a gente atende pessoas de diversos lugares, inclusive de Goiás, vem gente de Luziânia, Alexânia. Mesmo que a gente detecte algum problema não tem com estarmos acompanhando, pois foge da nossa área. Se for um caso de uma visita, de alguma coisa, não tem como a gente fazer. Os da nossa área, se a gente detectar algum problema social, alguma coisa a gente ajuda, a gente acompanha, mas não são todos”*.

De acordo com Guerra (2012, p.45) a espontaneidade no âmbito do cotidiano profissional leva a um imediatismo de ações que irão acarretar em repostas automáticas. Essas tomadas de decisões podem vir a responder a apenas demandas institucionais e não que beneficiem o usuário. Para a autora este comportamento somente será superado se houver uma compreensão quanto a importância da reflexão sobre a prática que está sendo realizada sem seus espaços de trabalho.

As entrevistadas relatam que elas reconhecem suas demandas no momento do grupo, mas não necessariamente há uma prática interventiva concreta. *“Então assim, eu vejo que o assistente social seria mais um incentivador pra mudança de comportamento.”* Uma assistente social introduziu no programa onde atua um método de aproximação com a família do usuário.

O sujeito recebe, no momento em que entra no grupo, uma carta que manifesta seu interesse e compromisso com o programa. Esta carta então deve ser apresentada a família para que esta o ajude durante todo o tratamento. Outra profissional manifestou a dificuldade que se tem em relação a participação de um familiar no momento do grupo e que por este motivo só permite a participação de um acompanhante por meio de um pedido prévio. *“A gente, uma vez, com a outra médica, a gente tentou fazer um grupo familiar, só pra nortear. Nunca veio ninguém. Então a gente, de vez em quando permite alguém familiar entrar desde que ele fique quieto. Agora, a gente já percebeu que ele pode entrar pra ter as orientações, mas ele vai sair, porque tá na hora do familiar falar, Ai ele tem que ter a liberdade”.*

Quando indagadas sobre como se dava a ocorrência de demanda em seu cotidiano profissional todas as entrevistadas elucidaram que eram elas que identificavam suas demandas no momento do grupo. Essas demandas então são enfrentadas a partir intervenções pontuais na forma de encaminhamentos e práticas de cunho pedagógico¹⁶ e aconselhamento. As assistentes sociais relataram que há, em sua maioria, demandas espontâneas e que não realizam um trabalho mais aprofundado ou um acompanhamento sistemático. Uma das justificativas utilizadas por todas as assistentes sociais é de que as demandas, estas espontâneas ou identificadas no grupo, são pontuais. Esta afirmativa explicita uma prática que considera essas demandas como particulares ao indivíduo mesmo que ela ocorra com outros usuários do programa.

As profissionais entrevistadas por vezes caracterizam suas demandas, principalmente as espontâneas, relacionadas a questões sócio-assistenciais. Esta é uma perspectiva voltada não só ao trabalho desenvolvido com os usuários do programa, mas, também, em toda a prática exercida nas unidades de saúde onde trabalham. Essas demandas são o acompanhamento do Programa Bolsa Família e demais programas de transferência de renda. Mas as profissionais colocaram que são poucas as demandas desta natureza que se apresentam entre os usuários do programa.

¹⁶ Ver Abreu (2008)

Para as assistentes sociais é necessário mostrar ao fumante como sua relação com o tabaco traz malefícios a sua vida e como o cigarro tem sido o protagonista. A questão “mudança de comportamento” tem sido central na abordagem das assistentes sociais, em que o usuário é culpabilizado pela não cessação do uso do cigarro, Isto caracteriza-se:

Assim, sob uma perspectiva conservadora, essa redefinição consiste numa reatualização da função pedagógica tradicional vinculada às modalidades de ‘ajuda psicossocial individualizada’ e de ‘participação’ para ajustamento, integração e promoção sociais... (ABREU, 2008, p.190).

Portanto, cabe a cada ser voltar a “tomar as rédeas” de sua própria rotina. Assim, transforma um dos focos do trabalho das assistentes sociais o fortalecimento do sujeito diante do seu vício. Por serem profissionais que se, destacam dentro da equipe, o seu poder de decisão sobre o andamento do programa vem a definir como se constituirá o tratamento do usuário. Isto pode ser bem observado no momento em que há uma obrigatoriedade quanto a parada abrupta, em que o sujeito é instigado a escolher uma data onde irá cessar com o uso do cigarro.

Uma das entrevistas relata que: *“Eu forço a barra pra (parada) abrupta”* Quando alguém demonstra a preferência pela parada gradual, a resposta é categórica: *“Não amor. Você não tá entendendo, deixa eu te explicar. A gente vai reunir no dia 28, que é hoje, no dia 2, no dia, dia 5 e 12 de maio. Tudo bem que é dia da assistente social, você vai me dar um presente. Mas eu gostaria que esse presente viesse muito antes, pra benefício seu. Porque a gente vai passar depois de 15 em 15 dias, você vai ficar de abstinência sozinha. Faça isso não, vai ser mais doído pra você”*. A justificativa deste tipo de conduta profissional é que a limitação quanto ao tempo e recursos do programa faz com que se precise ter uma resposta imediata do tratamento, incluindo a cessação do cigarro.

No momento das reuniões que são realizadas observações perante a fala dos usuários. Em tese as reuniões seriam um espaço onde:

Emergem as relações de poder entre os seus membros; as decisões a serem tomadas pelos participantes, suas contradições, o

autoritarismo e a democracia; a dependência e a autonomia e a liberdade para a tomada de decisão e direção coletiva. (SARMENTO, 2012, p.116)

Entretanto, o momento no momento das reuniões pouco há abertura para que se discuta como será o processo. As assistentes sociais relataram precisar que se siga o modelo para que se alcance sua eficácia, assim caso haja um questionamento contrario ao método, há uma estratégia de explicar sua importância, mas não de questioná-lo. Por se tratar de um programa que possui um segmento metodológico pré-estabelecido existe um bloqueio quanto ao diálogo do participante com o método. Esta barreira seria um dos empecilhos, citados pelas assistentes sociais entrevistadas, quanto à inserção de um momento para se debater temáticas sociais e que seriam de atribuição destas profissionais.

Todas as assistentes sociais que participaram da pesquisa relatam fazer parte ou já terem participado de Conselhos de Saúde. Uma relatou ainda participar como membro representante dos servidores da saúde e outra além de participar do Conselho de Saúde de sua Região Administrativa, também é membro do Comitê Técnico de Saúde da População Negra. As demais relataram que fizeram parte em algum momento de sua carreira profissional, mas que, este sendo um ponto em comum entre elas, que o acúmulo de trabalho não permitia que elas desenvolvessem mais essa prática.

Nessa perspectiva pode-se afirmar que algumas das principais contradições, presentes no cotidiano do SUS, são permeadas e agravadas por decisões técnicas/políticas, cujo grande eixo norteador é a subordinação das necessidades dos usuários aos recursos alocados segundo a primazia da contenção de gastos, da ênfase na produção de procedimentos (produtividade) e burocratização do acesso. (COSTA, 2010, p.121)

Ou seja, ao invés de se estabelecer um processo onde há uma abertura de vagas para acesso ao programa, as assistentes sociais e a equipe em que atua prevê realizar um movimento de burocratização que dificultará cada vez mais a inserção do tabagista no programa, Como relata Costa (2010) este fenômeno é percebido em todos os setores da saúde, não sendo uma exclusividade do trabalho dos assistentes sociais e/ou do Programa de Controle do Tabagismo.

Em nenhum das falas das entrevistadas foi descrito qualquer intervenção realizada por elas a dimensão do desserviço praticado pelas empresas do ramo do tabaco. É importante absorver que:

Tais processos ideológicos reforçam de fato tendências a individualização e à responsabilização das classes subalternas quanto a busca de respostas às suas necessidades básicas e, mais do que isso, visam dificultar o avanço da formação de uma consciência de classe autônoma e, conseqüentemente, da construção do processo de emancipação humana estas classe. (ABREU, 2008, p.187).

Ou seja, ao aproximar a afirmativa da autora com o Serviço Social nas equipes interdisciplinares do Programa de Controle do Tabagismo, pouco é feito sobre esse tema. A não discussão sobre como as empresas todo tabaco influem negativamente perante o fumante retira o significado sócio-político que a luta antitabagista construiu e controle. A responsabilização do vício acaba por recair apenas no cigarro em si e na falta de vontade do usuário, ou na não readequação de sua rotina para o não uso da droga.

Todavia, as assistentes sociais realizam uma intervenção que demonstra resultados positivos imediatos na cessação o cigarro. As profissionais relatam que o posicionamento mais rígido e que cobre ações perante os tabagistas e sua relação com o cigarro são os mais efetivos. Apesar dessas afirmações, nenhum dos programas realiza qualquer avaliação ou monitoramento, o que vem a ser uma problemática, pois “A análise da conjuntura, das forças, do objeto do Serviço Social, da instituição, teórica e praticamente, é que viabilizará o confronto estratégico de propostas no cotidiano. Uma metodologia que não faça isso está fadada ao fracasso...”(FALEIROS, 2008, p. 99).

Uma das assistentes sociais relatou fazer um contato esporádico com sujeitos que já participaram do programa de maneira aleatória: *“Eu tenho a lista de pacientes que fizeram até o grupo passado: nome, a data que fez, o telefone. Então de vez em quando eu passo a lista e falo assim ‘Cara, como é que tá o fulano?’ ”*. Outras sentem dificuldades em manter o contato: *“Eu não tenho condições. Eu gostaria de ter mais tempo pra isso. Minha carga horaria não é só pro tabagismo. Se eu*

pudesse eu teria grupos de manutenção de um ano, seis meses, fazer grupos de manutenção”

Como cita Faleiros (2008, p.90), deve-se buscar as dimensões sociais que levaram as pessoas até o Serviço Social. Dentro do programa, portanto, os assistentes sociais deveriam seguir em um sentido de intervir nas relações sociais que permeiam os sujeitos do programa e sua relação com o cigarro. Isto não se concretiza, pois as profissionais entrevistadas atuam como figuras centrais nos programas, sendo por vezes a liderança destes. Esse fato leva a uma sobrecarga de funções que atrapalham o andamento do trabalho e fazem com que as entrevistadas tenham que priorizar atividades administrativas que ocupam o espaço da prática do Serviço Social.

O fator empatia tem grande valor no momento da priorização das atividades que serão executadas no programa, sendo que isto pode levar a uma depreciação da assistente social e ao endossamento do papel de gestoras. Em contrapartida se percebe que quando não há esta sincronia com o tema tabagismo, as assistentes sociais não tem a percepção da importância do Serviço Social como categoria profissional fundamental ao programa.

Nos dois casos é perceptível que há uma perda da importância do Serviço Social dentro dos espaços do programa, seja por não sobrecarga de funções, seja por não priorização ao programa. Sendo assim, as assistentes sociais tendem a ceder seu espaço e sua importância nas equipes do Programa de Controle do Tabagismo, deixando a dimensão social precarizada. A falta de recursos, físicos ou humanos, destoa como principais causas para a ocorrência destes fenômenos.

A intervenção baseada pela mudança comportamental dos usuários é um ponto comum entre as entrevistadas. A percepção de que precisa haver uma melhora na postura do fumante perante o cigarro é o principal foco na atuação dessas profissionais. Este se justifica pelo entendimento de que para que a cessação do uso do tabaco se concretize o usuário deve perceber como a droga controla sua rotina, e vence-la diante disto. As assistentes sociais atuam então como uma agente que deve construir e explicitar mecanismos que driblem a vontade

fumar, só que neste momento a profissional tende a cair em um viés de moralização destes fumantes e de suas ações diante de seu tratamento. O que pode se tornar um problema maior já que estas profissionais não realizam um acompanhamento social, o que facilitaria no momento de entender e intervir quanto às mudanças de comportamento detectadas.

A mudança de comportamento é um dos pontos de maior relevância para atuação destas profissionais, que está contido e modulado intrinsecamente ao tratamento do tabagista. Esta prática remete a construção do Serviço Social da década de 1930, onde os assistentes sociais eram dimensionados a “atuar na mudança de comportamento das famílias e pessoas, para que melhorassem seus comportamentos e suas condições quanto a higiene, a moral e a inserção na ordem social” (FALEIROS, 2008, p. 13).

É perceptível o papel de gestoras do programa no qual a maioria das assistentes sociais, cinco de um total de seis, tem no programa. As funções atribuídas a essas profissionais, como organização de eventos, questões administrativas, usurpam um espaço em sua prática que poderia ser voltada para o Serviço Social nos programas onde atuam.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A questão a ser reverenciada por este trabalho de conclusão de curso é como a inserção dessas profissionais nas equipes multidisciplinares do Programa Controle do Tabagismo é fundamental para sua efetividade. Foi perceptível que o trabalho desenvolvido pelas assistentes sociais é a base para que as ações profissionais de outras categorias possam a vir se desenvolver no âmbito do programa. Seja por falta de uma equipe completa, com profissionais que tenham as atribuições necessárias ou, seja por não envolvimento da equipe como um todo. As assistentes sociais, todas as entrevistadas, são as únicas que atuam desde o acolhimento até o encerramento da participação do usuário no programa.

A importância deste trabalho está em “Entendermos que apreensão das particularidades da atividade profissional remetem a discussão para o âmbito da natureza e das formas de inserção da profissão no interior das práticas desenvolvidas nas organizações de saúde” (COSTA, 2006, p.306). Assim, conhecer como se constroem as dinâmicas do exercício profissional dos assistentes sociais na área se mostra tão importante. Considerando, ainda as particularidades teórico-metodológicas que apresentam o Programa Controle do Tabagismo na Secretaria de Saúde do Distrito Federal.

As seis assistentes sociais entrevistadas desenvolvem uma prática profissional que busca dar legitimidade ao programa onde se inserem por meio das mais diversas ações. Para tal, essas profissionais abdicam de perpetuar o Serviço Social na equipe, e/ou no programa em que atuam.

Diante das dificuldades e escassez de recursos vividos por essas profissionais em seu cotidiano, as assistentes sociais tendem a assumir para si toda a responsabilidade de gerir o programa em sua unidade de saúde. Este movimento, por vezes, não são concebido de maneira voluntária pelas entrevistadas, mas sim surge por meio de uma imposição institucional. Isto resulta em um deslocamento das assistentes sociais para a execução de outras funções, que geralmente, não englobam as atribuições dessas profissionais:

Assim, a *objetivação do trabalho do assistente social*, na área da saúde pública, é composta por uma grande diversidade e volume de tarefas que evidenciam a capacidade desse profissional para lidar com uma gama heterogênea de demandas, derivadas da natureza e do modo de organização do trabalho em saúde. Bem como das contradições internas e externas ao sistema de saúde. (COSTA, 2006, p.340)

Apesar de apresentar esta característica tão ampla quanto ao seu campo de atuação, o trabalho das assistentes sociais entrevistadas tende a se confundir e perder sua particularidade profissional.

A partir deste trabalho de conclusão de curso pôde-se identificar que o Serviço Social na área da saúde apresenta um protagonismo diferenciado perante as demais categorias profissionais, por sua sensibilidade as questões sociais e seu olhar meticuloso diante das demandas instituições e dos usuários. Estes trabalhos de mediação desenvolvidos pelas assistentes sociais entrevistadas são a base que movem o programa onde se inserem.

Bravo e Matos (2006) apontam que o Serviço Social na área da Saúde deve seguir um movimento de defesa dos preceitos contidos na Reforma Sanitária e no qual se baseia o SUS, afim de defender a ampliação e aperfeiçoamento das políticas públicas na área da saúde. Salvo esta percepção, é importante que, as profissionais que se insiram, seja em qual programa for, tenham como ponto norteador de suas práticas esta premissa.

Assim, concluiu-se que, a valorização do desenvolvimento do programa, em detrimento ao Serviço Social nas equipes, por um lado pode ser benéfico, pois não paralisa o funcionamento geral do programa. Mas, em contrapartida cria um déficit imensurável, pois apenas um assistente social pode intervir de maneira concreta perante as demandas sociais trazidas pelos usuários da políticas e programas públicos de saúde.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ABREU, Marina Maciel. **Serviço Social e a organização da cultura: perfis pedagógicos da prática profissional**. 2ªed. São Paulo. Cortez, 2008;

ALMEIDA, Ney Luiz Teixeira. **Retomando a Temática da “Sistematização da Prática” em Serviço Social**. In: MOTA, Ana Elizabeth (orgs). Serviço Social e Saúde: Formação e Trabalho Profissional. São Paulo. OPAS. OMS, Ministério da Saúde, 2006;

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise de Situação de Saúde. **Plano de ações estratégicas para o enfrentamento das doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) no Brasil 2011-2022** / Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise de Situação de Saúde. – Brasília : Ministério da Saúde, 2011. Disponível em:

<<http://www2.inca.gov.br/wps/wcm/connect/25618b8047ea747987f0cf9ba9e4feaf/plano-de-acoes-estrategicas-para-enfrentamento-das-doencas-cronicas-nao-transmissiveis-dnct-brasil-2011-2012.pdf?MOD=AJPERES&CACHEID=25618b8047ea747987f0cf9ba9e4feaf>>

Acesso em: 28 de maio de 2015;

_____ **Política Nacional de Promoção da Saúde**. Brasília. Ministério da Saúde, 2006;

_____ Instituto Nacional de Câncer. **Convenção-Quadro para o Controle do Tabaco**. Instituto Nacional de Câncer. – Rio de Janeiro: INCA, 2011. Disponível em:

<<http://www2.inca.gov.br/wps/wcm/connect/a3f10c8047ea4a788731cf9ba9e4feaf/convencao-quadro-para-controle-do-tabaco.pdf?MOD=AJPERES&CACHEID=a3f10c8047ea4a788731cf9ba9e4feaf>>

Acesso em: 14 de maio de 2015;

_____ Instituto Nacional do Câncer. **Tabagismo: Um grave problema de Saúde Pública**. INCA. Rio de Janeiro, 2007. Disponível em:

<<http://www2.inca.gov.br/wps/wcm/connect/83bb428047ea9e08886ecd9ba9e4feaf/ta>

bagismo-um-grave-problema-de-saude publica.pdf>. Acesso em: 28 de maio de 2015;

_____ Instituto Nacional do Câncer; Associação Médica Brasileira; SILVA José Alencar Gomes da; ACTbr, Aliança de Controle do Tabagismo. **Evidências Científicas sobre Tabagismo para Subsídio ao Poder Judiciário**. Associação Médica Brasileira. Rio de Janeiro, 2013. Disponível em: <<http://www2.inca.gov.br/wps/wcm/connect/1ef15b0047df154c86dacf9ba9e4feaf/tabagismo-para-subsidio-poderjudiciario.pdf?MOD=AJPERES&CACHEID=1ef15b0047df154c86dacf9ba9e4feaf>> Acesso em: 5 de junho de 2015;

_____ Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva. **A situação do tabagismo no Brasil: dados dos inquéritos do Sistema Internacional de Vigilância, da Organização Mundial da Saúde, realizados no Brasil, entre 2002 e 2009**. Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva. Rio de Janeiro : Inca, 2011. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/inca/PDF_final_situacao_tabagismo.pdf> Acesso em: 16 de maio de 2015;

_____ **Manual de Orientações Dia Mundial Sem Tabaco 2008 (31 de maio): “Juventude Livre do Tabaco”**. Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Câncer (INCA), Rio de Janeiro – RJ, 2008;

_____ **Pesquisa especial de tabagismo – PETab: relatório Brasil / Instituto Nacional de Câncer. Instituto Nacional de Câncer**. Organização Pan-Americana da Saúde. Organização Pan-Americana da Saúde. – Rio de Janeiro: INCA, 2011.

_____ **Lei nº. 8.080 de 19 de setembro de 1990**. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Sistema Único de Saúde. Brasília, 1990. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8080.htm> Acesso em: 28 de maio 2015;

_____ **Lei nº 7.488, de 11 de junho de 1986**. Institui o Dia Nacional de Combate ao Fumo. Senado Federal, 1986. Disponível em:

<<http://legis.senado.gov.br/legislacao/ListaPublicacoes.action?id=130266>> Acesso em 14 de junho de 2015;

_____ **Lei nº 9.782, de 26 de janeiro de 1999.** Define o Sistema Nacional de Vigilância Sanitária, cria a Agência Nacional de Vigilância Sanitária, e dá outras providências. Presidência da República, 1999. Disponível em: <http://www.uberlandia.mg.gov.br/uploads/cms_b_arquivos/10772.pdf>. Acesso 14 de junho de 2015.

_____ **Lei nº 10.167, de 27 de dezembro de 2000.** Altera dispositivos da Lei nº 9.294, de 15 de julho de 1996, que dispõe sobre as restrições ao uso e à propaganda de produtos fumígenos, bebidas alcoólicas, medicamentos, terapias e defensivos agrícolas. Presidência da República, 2000. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Leis/L10167.htm> Acesso 15 de junho de 2015;

_____ **Lei nº 12.546, de 14 de dezembro de 2011.** Institui o Regime Especial de Reintegração de Valores Tributários para as Empresas Exportadoras (Reintegra); dispõe sobre a redução do Imposto sobre Produtos Industrializados (IPI) à indústria automotiva; altera a incidência das contribuições previdenciárias devidas pelas empresas que menciona; e dá outras providências. Presidência da República, 2011. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2011/lei/l12546.htm> Acesso em 1 de junho de 2015;

_____ **Portaria GM/MS Nº 1.035 de 31 de maio de 2004.** Amplia o acesso à abordagem e tratamento do tabagismo para a rede de atenção básica e de média complexidade do Sistema Único de Saúde - SUS, com o objetivo de consolidar o Programa Nacional de Controle do Tabagismo. Disponível em: <<http://dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/Port2004/GM/GM-1035.htm>> Acesso em: 28 de maio 2015;

_____ **Abordagem e tratamento do fumante-** Consenso 2001. Rio de Janeiro: INCA, 2001.

_____. Secretária de Atenção à Saúde. Instituto Nacional de Câncer. Coordenação de Prevenção e Vigilância. **Deixando de fumar sem mistérios: entender por que se fuma e como isso afeta a saúde.** 2ª ed. rev. reimp. Rio de Janeiro: INCA, 2011.

_____. **Observatório da política nacional de controle do tabaco.** Disponível _____ em: <http://www2.inca.gov.br/wps/wcm/connect/observatorio_controle_tabaco/site/status_politica/tratamento_tabagismo> . Acesso em: 10 de junho de 2015.

BORTOLI, Jussara De. TONI, Caroline Guisantes De Salvo. SASSO, Silvana Maria. KUSS, Veridiana Lúcia Stachowski. **Estratégias de combate ao tabagismo: a tentativa de um fazer interdisciplinar.** Simpósio Internacional sobre Interdisciplinaridade no Ensino, na Pesquisa e na Extensão – Região Sul. UFSC, 2013;

BRAVO, Maria Inês de Souza. **Serviço Social e Reforma Sanitária: Lutas Sociais e Práticas Profissionais.** São Paulo. Cortez, 1996;

_____. **Política de Saúde no Brasil.** In: MOTA, Ana Elizabete et al (orgs.). Serviço Social e Saúde: formação e trabalho profissional. São Paulo: OPAS, OMS, Ministério da Saúde, 2006;

_____. **Projeto Ético-Político do Serviço Social e sua Relação com a Reforma Sanitária: elementos para debate.** In: MOTA, Ana Elizabete et al (orgs.). Serviço Social e Saúde: formação e trabalho profissional. São Paulo: OPAS, OMS, Ministério da Saúde, 2006;

BOEIRA, Sérgio Luís. JOHNS, Paula. **Indústria de Tabaco vs. Organização Mundial de Saúde: um confronto histórico entre redes sociais de stakeholders.** In: Revista Internacional Interdisciplinar Interthesis. Florianópolis, 2007.

BUSS, Paulo Marchiori; FILHO, Alberto Pellegrini. **A Saúde e seus Determinantes Sociais.** PHYSIS: Rev. Saúde Coletiva. Rio de Janeiro, 2007.

CAVALCANTE, T.M. **O controle do tabagismo no Brasil: avanços e desafios.** In: Revista de psiquiatria clínica. Rio de Janeiro, 2005;

CFESS, Conselho Federal de Serviço Social. **Parâmetros para a atuação de Assistentes Sociais na Política de Saúde.** Brasília, 2010. Disponível em:

<http://www.cfess.org.br/arquivos/Parametros_para_a_Atualizacao_de_Assistentes_Sociais_na_Saude.pdf> Acesso em: 11 de junho de 2015;

_____. ABEPSS, Associação Brasileira de Ensino e Pesquisa em Serviço Social. **Serviço Social: direitos sociais e competências profissionais**. CFESS/ABEPSS. Brasília, 2009;

COSTA, Maria Dalva Horácio. **Serviço Social e intersectorialidade: a contribuição dos assistentes sociais na construção da intersectorialidade no cotidiano do Sistema Único de Saúde**. Recife. Tese (Doutorado). Universidade Federal de Pernambuco, CCSA. Serviço Social, 2010;

_____. **O trabalho nos Serviços de Saúde e a Inserção dos(as) assistentes sociais**. In: MOTA, Ana Elizabeth (orgs). Serviço Social e Saúde: Formação e Trabalho Profissional. São Paulo. OPAS. OMS, Ministério da Saúde, 2006;

FALEIROS, Vicente de Paula. **Estratégias em Serviço Social**. 8ª ed. São Paulo. Cortez, 2008;

GIOVANELLA, Lígia (org.). **Políticas e Sistema de Saúde no Brasil**. 2ªed. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2012;

IAMAMOTO, Marilda Vilela. CARVALHO, Raul. **Relações Sociais e serviço social no Brasil: esboço de uma interpretação histórico-metodológica**. 11ª ed. São Paulo. Cortez, 1996;

IGLESIAS, Roberto; JHA, Prabhat; PINTO, Márcia; SILVA, Vera Luiza da Costa; GODINHO, Joana. **Controle do Tabagismo no Brasil**. Departamento de Desenvolvimento Humano Região da América Latina e do Caribe Banco Mundial; Departamento de Saúde, Nutrição e População Rede de Desenvolvimento Humano Banco Mundial. Health, Nutrition, and Population Family (HNP), 2009;

_____. **O Serviço Social em Tempo de Capital Fetiche: Trabalho e Formação profissional**. São Paulo. Cortez, 2008.

_____. **As dimensões ético-políticas e teórico-metodológicas no Serviço Social contemporâneo**. In: MOTA, Ana Elizabeth (orgs). Serviço Social e Saúde:

Formação e Trabalho Profissional. São Paulo. OPAS. OMS, Ministério da Saúde, 2006;

MACIEL, Carlos Alberto Batista; VIDAL, Josep Pont; RODRIGUES, Olinda. **Desafios contemporâneos para o Serviço Social**. Belém: Instituto de Ciências Sociais Aplicadas/UFPA, 2009;

MATOS, Maurílio Castro. **Assistente Social: Trabalhador(a) da Área da Saúde. Reflexões a Partir do Debate Brasileiro**. In: Interacções nº 17. p. 45-63. 2009;

MIOTO, Regina Célia Tamaso. NOGUEIRA, Vera Maria Ribeiro. **Desafios atuais do Sistema Único de Saúde – SUS e as exigências para os Assistentes Sociais**. In: Serviço Social e Saúde: Formação e Trabalho Profissional. São Paulo. OPAS. OMS, Ministério da Saúde, 2006;

_____ **Serviço Social e Saúde: desafios intelectuais e operativos**. In: SER Social. Brasília. V.11, n.25, p.221-243, jul./dez. 2009;

_____ **Sistematização, Planejamento e Avaliação das Ações dos Assistentes Sociais no Campo da Saúde**. In: Serviço Social e Saúde: Formação e Trabalho Profissional. São Paulo. OPAS. OMS, Ministério da Saúde, 2006;

MOREIRA, Carlos Felipe Nunes. **O trabalho com grupos em Serviço Social: A dinâmica de grupo como estratégia para reflexão crítica**. São Paulo. Cortez, 2013;

MOTA, Ana Elizabeth (orgs). **Serviço Social e Saúde: Formação e Trabalho Profissional**. São Paulo. OPAS. OMS, Ministério da Saúde, 2006;

NETTO, José Paulo. **Ditadura e Serviço Social: uma análise do Serviço Social no Brasil pós-64**. São Paulo. Cortes, 2009;

_____ **Transformações Societárias e Serviço Social: Notas para uma análise prospectiva da profissão no Brasil**. Serviço Social e Sociedade, 1996:

_____ **A construção do Projeto Ético-Político do Serviço Social**. In: MOTA, Ana Elizabeth (orgs). Serviço Social e Saúde: Formação e Trabalho Profissional. São Paulo. OPAS. OMS, Ministério da Saúde, 2006;

OMS, Organização Mundial da Saúde. **Código de Práticas para Organizações de Profissionais de Saúde para o Controle do Tabagismo**. Reunião informal da OMS das Organizações do Profissional de Saúde e Controle do Tabagismo. Genebra, 2004. Disponível em:

<http://www2.inca.gov.br/wps/wcm/connect/04bedf0047eb054b8a67cf9ba9e4feaf/Codigo_de_praticas_saude.pdf?MOD=AJPERES&CACHEID=04bedf0047eb054b8a67cf9ba9e4feaf> Acesso em: 3 de junho de 2015;

_____. **Indústria do Tabaco e Responsabilidade Corporativa: Uma Contradição**. Tradução: Instituto Nacional de Câncer/ Ministério da Saúde do Brasil, 2003. Disponível

em:<http://www2.inca.gov.br/wps/wcm/connect/8fb8a18047eb03b28a41cf9ba9e4feaf/Ind%C3%BAstria_do+_tabaco_e_Responsabilidade_corporativa.pdf?MOD=AJPERES&CACHEID=8fb8a18047eb03b28a41cf9ba9e4feaf> Acesso em: 3 de junho de 2015;

PAIM, Jairnilson Silva. **Reforma Sanitária Brasileira: Contribuição para a compreensão e crítica**. Tese (Pós-Graduação). Salvador. Instituto de Saúde Coletiva, Programa de Pós-Graduação, Universidade Federal da Bahia, 2007.

RAICHELIS, Raquel. **O assistente social como trabalhador assalariado: desafios frente às violações de seus direitos**. In: Serv. Soc. Soc., São Paulo, n. 107, p. 420-437, jul./set. 2011:

_____. **O trabalho do assistente social na esfera estatal**. In: ABEPSS, Associação Brasileira de Ensino e Pesquisa em Serviço Social. Serviço Social: direitos sociais e competências profissionais. CFESS/ABEPSS. Brasília, 2009;

SANTOS, Claudia Monica; BACX, Sheila; GUERRA, Yolanda (org.). **A dimensão técnico-operativa no Serviço Social**. Juiz de Fora. Ed. UFJF, 2012;

SANTOS, Juliana Pereira Dias. **Avaliação da efetividade do Programa de Tratamento do Tabagismo no Sistema Único de Saúde**. Tese (Mestrado). Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Faculdade de Medicina, Programa de Pós-Graduação em Epidemiologia. Porto Alegre, 2011;

SARMENTO, Hélder Boska de Moraes. **Instrumental técnico e o Serviço Social**. In: SANTOS, Claudia Monica; BACX, Sheila; GUERRA, Yolanda (org.). A dimensão técnico-operativa no Serviço Social. Juiz de Fora. Ed. UFJF, 2012;

SILVA, Maria Ozanira da Silva e (orgs.). **O serviço Social e o popular: resgate teórico-metodológico do projeto profissional de ruptura**. 2. Ed. São Paulo. Cortez, 2002;

SILVA, Matheus Thomaz. **A Importância do Debate da Promoção da Saúde para o Serviço Social**. Belo Horizonte. III Simpósio de Mineiro de Assistentes Sociais, 2011.

SILVA, Sandra Tavares. MARTINS, Mariana Campos. FARIA, Franciane Rocha. COTTA, Rosângela Minardi Mitre. **Combate ao Tabagismo no Brasil: a importância estratégica das ações governamentais**. In: Ciência & Saúde Coletiva. Rio de Janeiro, 2014;

SODRE, Francis. **Serviço Social e o campo da saúde: para além de plantões e encaminhamentos**. São Paulo. Revista Serviço Social e Sociedade, 2010. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0101-66282010000300004&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 8 de maio de 2015;

_____. **O Serviço Social entre a Prevenção e a Promoção da Saúde: Tradução, Vínculo e Acolhimento**. Serv. Soc. Soc., São Paulo, n. 117, p. 69-83, jan./mar. 2014;

SPINK, M.J.P.; LISBOA, M.S.; RIBEIRO, F.R.G. **A construção do tabagismo como problema de Saúde Pública: uma confluência entre interesses políticos e processos de legitimação científica**. In: Interface - Comunicação, Saúde, Educação. São Paulo, 2009.

TEIXEIRA, Luiz Antonio, JAQUES, Tiago Alves. **Legislação e Controle do Tabaco no Brasil entre o Final do Século XX e Início do XXI**. Revista Brasileira de Cancerologia; 57(3): 295-304. 2011;

TOSCANO, Marcela Parada. **A formação do regime internacional de controle do tabaco: 1999 a 2005**. Dissertação de Mestrado. Programa de Mestrado em

Relações Internacionais. Instituto de Relações Internacionais. Universidade de Brasília. Brasília, 2006;

TRINDADE, Rosa Lúcia Prêdes. **Ações profissionais, procedimentos e instrumentos no trabalho dos assistentes sociais nas políticas de sociais.** In: SANTOS, Claudia Monica; BACX, Sheila; GUERRA, Yolanda (org.). A dimensão técnico-operativa no Serviço Social. Juiz de Fora. Ed. UFJF, 2012;

VASCONCELOS, Ana Maria. **A prática do Serviço Social: cotidiano, formação e alternativas na área da saúde.** 6ªed. São Paulo. Cortez, 2009;

_____ **Serviço Social e Práticas democráticas na saúde.** In: A prática do Serviço Social: cotidiano, formação e alternativas na área da saúde. 6ªed. São Paulo. Cortez, 2009;

VIEIRA, Balbina Ottoni. **História do Serviço Social: contribuição para a construção de sua teoria.** 4ª edição. Rio de Janeiro, Editora Agir. 1985.

Apêndice 1: Roteiro de Entrevista



Universidade de Brasília

TEMA DE PESQUISA: “O PAPEL DOS ASSISTENTES SOCIAIS NAS EQUIPES INTERDISCIPLINARES DO PROGRAMA CONTROLE DO TABAGISMO DA SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE DO DISTRITO FEDERAL”

Fonte: Assistentes sociais que atuam nos Programa Controle do Tabagismo da Secretaria de Estado do Distrito Federal – SES/DF.

1. Data de realização da entrevista: - Horário: -

1.1. Nome:

1.2. Sexo: Masc. () Fem. ()

1.3. Em qual instituição de ensino graduou-se?

2. Instituição em que trabalha atualmente.

2.1. A quanto tempo atua no Programa Controle do Tabagismo?

3. Quais profissionais de saúde compõem a equipe interdisciplinar do Programa Controle do Tabagismo onde trabalha?

4. Como são realizadas as abordagens com o tabagista?

4.1. Quais são as principais demandas sociais dos usuários do Programa identificadas em seu processo de trabalho?

4.2. Quais instrumentais são utilizados para utilizados em seu cotidiano profissional?

5. Há embates quanto à demarcação de espaços de exercício pelas categorias profissionais na equipe onde atua?

5.1. Identifica a presença de uma figura de liderança hierarquicamente imposta de alguma determinada categoria?

6. Quais as principais dificuldades quanto aos recursos destinados a instituição?

7. O Programa em qual atua estabelece alguma parceria com setor privados, entidades civis ou de organização de trabalhadores entre outros?

8. No atual contexto de disputas societárias no âmbito da saúde, como o Serviço Social se insere nas questões que regem a gestão da instituição aonde atua?

ANEXOS

Anexo 1: Aceite Institucional

ACEITE INSTITUCIONAL

O Sr. Dr. Celso Antônio Rodrigues, Coordenador do Programa de Controle do Tabagismo da Secretaria de Saúde do Distrito Federal – SES/DF estou de acordo com a realização da pesquisa “O Papel dos Assistentes Sociais nas equipes interdisciplinares do Programa Controle do Tabagismo da Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal” de responsabilidade da pesquisadora Luciana Braz de Lima aluna de graduação no Departamento de Serviço Social da Universidade de Brasília, realizado sob orientação da Profª. Drª. Livia Barbosa, após revisão e aprovação pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Instituto de Ciências Humanas da Universidade de Brasília – CEP/IH.

O estudo envolve a realização de roteiro de entrevistas com os Assistentes Sociais que atuam no Programa Controle do Tabagismo da Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal. A pesquisa terá a duração de seis meses, com previsão de início em fevereiro de 2015 e término em julho de 2015.

Eu, Dr. Celso Antônio Rodrigues, Coordenador do Programa de Controle do Tabagismo da Secretaria de Saúde do Distrito Federal declaro conhecer e cumprir as Resoluções Éticas Brasileiras, em especial a Resolução CNS 196/96. Esta instituição está ciente de suas co-responsabilidades como instituição co-participante do presente projeto de pesquisa, e de seu compromisso no resguardo da segurança e bem-estar dos sujeitos de pesquisa nela recrutados, dispondo de infra-estrutura necessária para a garantia de tal segurança e bem-estar.

Brasília, 08 de dezembro de 2014 .

Nome do(a) responsável pela instituição

Assinatura e carimbo do(a) responsável pela instituição

Anexo 2: Termo de Livre Esclarecimento de Pesquisa

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Você está sendo convidado a participar da pesquisa “O papel dos assistentes sociais nas equipes interdisciplinares do Programa Controle do Tabagismo da Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal” de responsabilidade de Luciana Braz de Lima, aluno(a) de graduação da Universidade de Brasília. O objetivo desta pesquisa é pesquisar e analisar como o Serviço Social se insere dentro das equipes interdisciplinares do Programa Controle do Tabagismo na Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal – SES/DF. Assim, gostaria de consultá-lo(a) sobre seu interesse e disponibilidade de cooperar com a pesquisa.

Você receberá todos os esclarecimentos necessários antes, durante e após a finalização da pesquisa, e lhe asseguro que o seu nome não será divulgado, sendo mantido o mais rigoroso sigilo mediante a omissão total de informações que permitam identificá-lo(a). Os dados provenientes de sua participação na pesquisa, tais como questionários, entrevistas, fitas de gravação ou filmagem, ficarão sob a guarda do pesquisador responsável pela pesquisa.

A coleta de dados será realizada por meio roteiro de entrevistas com os Assistentes Sociais que atuam no Programa Controle do Tabagismo da Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal. É para estes procedimentos que você está sendo convidado a participar. Sua participação na pesquisa não implica em nenhum risco.

Sua participação é voluntária e livre de qualquer remuneração ou benefício. Você é livre para recusar-se a participar, retirar seu consentimento ou interromper sua participação a qualquer momento. A recusa em participar não irá acarretar qualquer penalidade ou perda de benefícios.

Se você tiver qualquer dúvida em relação à pesquisa, você pode me contatar através do telefone (61)8343-1972 ou pelo e-mail lucianabrazlima@gmail.com.

Este projeto foi revisado e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Instituto de Ciências Humanas da Universidade de Brasília - CEP/IH. As informações com relação à assinatura do TCLE ou os direitos do sujeito da pesquisa podem ser obtidos através do e-mail do CEP/IH cep_ih@unb.br.

Este documento foi elaborado em duas vias, uma ficará com o(a) pesquisador(a) responsável pela pesquisa e a outra com o senhor(a).

Assinatura do (a) participante

Assinatura do (a) pesquisador (a)

Brasília, ____ de _____ de _____